

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année : 2018

N° 2018-150

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Psychiatrie)

par

Alexia ROMERO

Née le 29 octobre 1990 à La Rochelle

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2018

SOUFFRANCE EN PSYCHIATRIE ET PSYCHIATRIE EN SOUFFRANCE :

Tentatives de solutions

Président : Madame le Professeur Marie GRAAL - BRONNEC

Directeur de thèse : Madame le Docteur Karen LAMARCHE

Remerciements aux membres du jury

A madame le Professeur Grall – Bronnec,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Merci pour la richesse de votre enseignement tant sur le plan humain que sur le plan clinique. Merci pour votre accompagnement attentif et bienveillant tout au long de l'internat. Veuillez trouver ici, le témoignage de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

A monsieur le Professeur Vanelle,

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous remercie pour la richesse et la finesse de votre enseignement clinique. Vous nous avez transmis votre art avec passion et rigueur. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère considération pour votre savoir.

A monsieur le Professeur Bonnot,

Vous me faites l'honneur de faire partie de ce jury de thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail et pour la diversité de votre enseignement, si dynamique et interactif. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A madame le Docteur Stéphanie Grégoire,

Notre rencontre a représenté pour moi un tournant dans l'appréhension et la rédaction de ce travail. Merci pour votre disponibilité et votre sincérité. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance et de ma sincère gratitude.

A madame le Docteur Karen Lamarche,

Merci Karen pour ta disponibilité et ta constance, pour tes relectures attentives et précises, pour ton accompagnement serein et indulgent, pour tes encouragements nombreux, pour ton dynamisme. Merci de m'avoir fait confiance et de me l'avoir montré. *Un oiseau assis...*

A mes parents, d'avoir été et d'être toujours là

A mon frère Vincent, et à Vivien, d'être là même d'un peu plus loin

A Pierre, de me faire rire toujours

A Anne Eva, Anne Lise, Chloé, Géraldine, Marie, Nicolas, de me rendre la vie si douce

A Claire, relectrice de talent

A Cindy, Baptiste et Caroline, pour leurs contributions certaines

*A toutes les infirmières, infirmiers, aides-soignants, ASH, psychologues, secrétaires, assistant
et assistantes sociales auprès de qui j'ai tant appris*

*Aux psychiatres dont j'ai eu la chance de croiser la route, qui influent et insufflent ma
pratique et qui, j'espère, me font confiance pour la suite*

A Martine, même de beaucoup trop loin

*« Vous vous rendez compte madame ?
Comment on va faire nous les patients ? Comment
ils vont nous soigner s'ils sont eux-mêmes pas bien
les infirmiers ? »*

Parole d'une patiente, CHU de Nantes, un matin
du mois d'août 2018

Table des matières

Liste des abréviations	11
Introduction	13

Partie I: La psychiatrie: une discipline à part

1. Histoire de la psychiatrie	15
1.1. De la naissance de la psychiatrie clinique à la psychiatrie asilaire : l'apport de Pinel	15
1.2. La psychiatrie dynamique.....	16
1.3. La psychothérapie institutionnelle et les chimiothérapies	17
1.4. La création du secteur.....	18
1.5. De la psychiatrie à la santé mentale : les années 90 et 2000	19
2. Les spécificités du travail en psychiatrie.....	20
2.1. Le métier de psychiatre	20
2.2. Le métier d'infirmier en psychiatrie.....	22
2.3. Le travail en psychiatrie de nos jours	24
a. L'encadrement et le soutien hiérarchique.....	24
b. Nouvelle organisation du travail en psychiatrie	24
3. Epidémiologie de la souffrance psychique au travail en psychiatrie.....	27
3.1. Les médecins	27
3.2. Les étudiants en médecine.....	28
3.3. Les internes.....	28
3.4. Les infirmiers	29
a. A propos du stress perçu.....	29
b. La santé mentale et le burnout.....	29
c. La santé en général	30
d. L'autonomie	30
e. Le lien patients / soignants	30

Partie II: clinique de la souffrance et de la santé au travail en psychiatrie

1. Le travail : définition, concepts et cas cliniques.....	31
1.1. Définition.....	31
1.2. Concept philosophique	31
1.3. Méthodologie.....	33
1.4. Le cas d'Henri	34

1.5.	Le cas de Philippe.....	37
2.	L'abord de la souffrance au travail par le facteur stress.....	40
2.1.	L'approche interactionniste :	41
a.	Le modèle de Karasek	41
b.	Le modèle de Siegrist	42
2.2.	L'approche transactionnelle :	44
a.	Le modèle de Lazarus et Folkman.....	44
b.	Les stratégies de coping.....	45
3.	L'abord de la souffrance au travail par l'approche psychodynamique et systémique.....	47
3.1.	Vignette clinique : monsieur S	47
3.2.	La centralité du travail et la normalité.....	49
3.3.	Le collectif de travail.....	51
3.4.	La reconnaissance.....	52
3.5.	La souffrance.....	52
a.	La souffrance par déséquilibre du triangle identitaire	53
b.	La discontinuité entre sphère personnelle et sphère professionnelle.....	53
c.	L'organisation du travail	54
d.	L'entrave des processus de reconnaissance.....	54
3.6.	Suicides sur le lieu de travail.....	55
3.7.	A propos de monsieur S	56
4.	Les risques psychosociaux	57
4.1.	La violence	60
a.	Définition.....	61
b.	Epidémiologie	62
c.	Focus sur le CHU de Nantes	65
4.2.	Les formes de violences	65
a.	L'acte violent.....	67
b.	La violence des familles	68
4.3.	Les chambres de soins intensifs	69
a.	Cadre légal et réglementaire de la CSI et de la contention.....	69
b.	Données épidémiologiques à propos de l'isolement	70
c.	Au CHU de Nantes.....	70
5.	Entités cliniques de la souffrance psychique au travail.....	71
5.1.	Le burnout	72
a.	Historique du burnout.....	72
b.	Approches interactionnistes : Freudenberger, Lauderdale et Meier.....	72

c.	Approche transactionnelle : Cherniss	73
d.	Approche séquentielle : Maslach et Leiter	73
e.	Approche de Pines et Aronson	75
f.	Approche de Farber : la limite entre burnout et workaholism.....	76
g.	Symptomatologie du burnout	76
5.2.	Le traumatisme vicariant	77
5.3.	Fatigue compassionnelle	79
5.4.	Workaholism et addiction au travail.....	81
a.	Cadre théorique de Robinson	83
b.	Cadre théorique de Spence et Robbins.....	84
c.	Cadre théorique de Scott, Moore et Micelli	85
6.	Modélisation de l'épuisement professionnel	86
7.	Proposition d'un modèle intégratif de la santé au travail	87
8.	Discussion à propos des cas cliniques	88
8.1.	A propos d'Henri.....	88
8.2.	A propos de Philippe	90
9.	La souffrance institutionnelle	93
9.1.	Le cas d'Anna.....	94
9.2.	Le cas de Paul.....	97
9.3.	Quelques indicateurs de la souffrance institutionnelle	98
9.4.	Les éléments de la souffrance institutionnelle.....	99
a.	Le mythe institutionnel.....	100
b.	L'ambiance interinstitutionnelle.....	100
c.	Le secret	100
d.	L'emprise.....	101
e.	L'isomorphisme.....	102
f.	La résonance.....	103
g.	L'abus de pouvoir.....	103
9.5.	Déliaison des liens institutionnels : conséquence et génératrice de souffrance.....	104
a.	La crise explosive	104
b.	La crise mutative	104
c.	L'usure.....	105
d.	La destruction de l'institution.....	105
9.6.	A propos d'Anna	105
9.7.	A propos de Paul	107

Partie III: tentatives de solutions

1. Cadre théorique	110
1.1. La qualité de vie au travail	110
1.2. Motivation au travail	111
a. L'approche descriptive de Herzberg	112
b. L'approche dynamique.....	112
2.2. Satisfaction au travail	113
a. L'autonomie au travail	114
b. Le sentiment de cohérence	114
2.3. Notion de passion au travail	115
a. La passion harmonieuse	116
b. La passion obsessionnelle	116
2. Stratégies de coping centrées sur le problème.....	117
2.1. Un pré requis de base : l'effectif suffisant.....	118
2.2. Le soutien à l'autonomie	119
2.3. L'infirmière en pratique avancée : vers plus d'autonomie infirmière ?	120
2.4. La formation	121
2.5. Le référent psychosocial.....	122
3. Stratégies de coping centrées sur l'émotion et le soutien social.....	123
3.1. Le travail en équipe	123
3.3. Groupes de paroles de soignants	125
3.4. Méditation pleine conscience au travail	126
3.5. Autres stratégies de coping centrées sur l'émotion	128
4. La gestion de la violence	128
4.1. La CSI et la contention	130
a. Au niveau architectural.....	131
b. Un changement des pratiques	131
c. Programme de réduction de l'isolement.....	132
4.2. Au CHU de Nantes.....	132
a. La formation OMEGA	132
b. Vers une meilleure articulation médecine du travail – unités de psychiatrie ?.....	133
c. Accompagnement des soignants après un acte violent.....	134
5. Prévention secondaire : une bonne gestion de la souffrance soignante.....	135
5.1. Les structures spécifiques dédiées aux professionnels de santé à l'étranger.....	135
a. Le PAMQ (programme d'aide aux médecins du Québec)	135

b.	Le PAIMM (programme d'aide aux médecins malades)	135
5.2.	Les propositions du conseil national de l'ordre des médecins	136
a.	Le PASS : le programme d'aide solidarité soignants	137
b.	L'AAPMS (association d'aide professionnelle aux médecins et soignants)	137
5.3.	Les structures indépendantes du conseil de l'ordre des médecins	138
a.	Le programme du Pr Carayon	138
b.	L'association pour les soins aux professionnels en santé	138
5.4.	Accompagnement du retour au travail	139
6.	Modélisation des tentatives de solutions	140
	Conclusion	142
	Bibliographie	144
	Annexe 1 : HAD	151
	Annexe 2 : MBI	153
	Annexe 3 : BWAS	156
	Annexe 4 : structure entretien semi dirigé	157

Liste des abréviations

ANEMF : Association Nationale des Etudiants en Médecine de France
ASH : Agent des Services Hospitaliers
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
BIT : Bureau International du Travail
BWAS : Bergen Work Addiction Scale
CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CMP : Centre Médico-Psychologique
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies version 10
CSI : Chambre de Soins Intensifs
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders
EMDR : Eye Movement Desensitization and Reprocessing
HAD : Hospital Anxiety and Depression scale
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
IPA : Infirmier/e/re en Pratique Avancée
ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique
ISRS : Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
JAMA : Journal of American Medical Association
MBI : Maslach Burnout Inventory
MBSR : Mindfulness Based Stress Reduction
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONVS : Observatoire National des Violences en Santé
PAIMM : Programme d'Aide aux Médecins Malades
PAMQ : Programme d'Aide aux Médecins du Quebec
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
QVT : Qualité de Vie au Travail
T2A : Tarification A l'Activité

VAP : Valorisation de l'Activité en Psychiatrie

WART : Work Addiction Risk Test

Introduction

En 2015, un professeur universitaire de cardiologie, se défenestre au retour d'un arrêt de travail de plusieurs mois depuis la fenêtre de son bureau au septième étage de l'hôpital Georges Pompidou à Paris. En 2016, la ministre de la santé Marisol Touraine débloque des enveloppes financières afin d'inciter les jeunes médecins à travailler à l'hôpital public. Quelques jours plus tard, le suicide d'une infirmière parisienne sur son lieu de travail fait la une de la presse. Il nous a semblé qu'il y avait là une dissonance. Depuis, au moins cinq infirmiers se sont suicidés sur leur lieu de travail. Entre mars 2016 et avril 2017, au moins cinq internes se sont suicidés. Plus particulièrement ces derniers mois, la psychiatrie connaît une période de crise. Les grèves se multiplient : Rennes, Le Havre, Amiens. Les soignants de l'hôpital du Rouvray à Rouen sont même allés jusqu'à la grève de la faim, mettant leur santé et leur vie en péril pour dénoncer l'impasse dans laquelle ils se trouvent et la souffrance qui en résulte. Ces derniers temps au CHU de Nantes, les actes de violence à l'encontre des soignants se sont multipliés, à l'origine de nombreux arrêts de travail pour raisons physiques et aussi pour raisons psychiques.

Au-delà de cette actualité brûlante et violente, le métier de soignant et en particulier celui de soignant en psychiatrie est un métier riche, passionnant mais aussi parfois difficile et qui peut comporter de nombreux risques psychosociaux. Les soignants sont chaque jour au plus près de ce qui fait sens à un moment donné pour les patients mais ils peuvent aussi parfois être exposés eux-mêmes à la violence des récits, des histoires, des actes. Cependant, bien que la question de la santé mentale soit le cœur de notre activité, il reste difficile d'aborder la souffrance psychique des personnels hospitaliers en psychiatrie.

Pourtant, cela suscite des questions aussi paralogiques qu'évidentes : comment soigner lorsque le soignant lui-même est en difficulté au travail ? Et d'ailleurs, quelles sont ces difficultés ? Que se passe-t-il pour lui et son système de travail à force d'exposition et d'implication ?

Il nous a semblé, qu'en tant que futur psychiatre et membre à part entière de ce système, il était de notre devoir de comprendre les enjeux autour de cette souffrance psychique au travail : d'où vient-elle ? Comment le soignant peut-il mieux la vivre ? Comment donner aux personnels les moyens de mieux la gérer ? Quel est le rôle de chacun dans la genèse, la perpétuation ou l'apaisement de cette souffrance ? Pouvons-nous ajuster nos réflexions et nos comportements pour une meilleure santé psychique au travail ?

En effet, il nous semble, que la santé psychique des soignants, de nos collègues, doit être une priorité absolue pour tous. Ainsi, dans cette perspective, cette thèse a pris pour trame de s'intéresser à ce qui constitue les entités cliniques de la souffrance au travail et comment il est possible de permettre aux soignants de mieux s'adapter aux contraintes de travail.

Nous avons organisé notre thèse en trois parties. Dans une première partie, nous traiterons de la particularité de notre discipline, la psychiatrie. Dans un deuxième temps, nous évoquerons les entités cliniques psychiatriques de la souffrance psychique au travail en psychiatrie au travers de deux cas cliniques lesquels seront discutés à la lumière des pistes explicatives et des concepts théoriques de la souffrance au travail. A partir de deux autres cas cliniques, nous aborderons succinctement la souffrance institutionnelle. Dans une troisième et dernière partie, nous proposerons des pistes de solutions pour la qualité de vie et la santé psychique au travail.

Première partie : la psychiatrie, discipline à part

1. Histoire de la psychiatrie

1.1. De la naissance de la psychiatrie clinique à la psychiatrie asilaire : l'apport de Pinel

Dès l'antiquité, Hippocrate puis Galien s'intéressent à la maladie mentale, perçue d'abord comme une maladie physique et qui se guérirait par la restauration de l'équilibre humorale. Déjà, Hippocrate place le dialogue avec les malades, au cœur de la relation soignants / soignés.

Avec l'émergence de la religion, la maladie psychique ou physique est perçue comme relevant d'un péché et en est la punition : il y a alors une assimilation de la folie et de la faute, de la maladie et de l'impureté, de la déraison et du péché.

Au 11^{ème} siècle, apparaît pour la première fois le terme de « fol » dans la littérature pour désigner de manière générale « celui qui a perdu la raison ». Il renvoie à la notion de vide. Au début du siècle des lumières, d'après Henri Hey, il y a « passage de la notion d'Esprit du mal à celle de maladies de l'esprit »

Plus tard, le 18^{ème} siècle doit faire face aux limites des hôpitaux généraux de province (qui déjà faisaient face à des difficultés financières !) qui voient arriver dans ses murs des invalides mourant de faim. Emergent alors deux nouveaux établissements : les maisons de force (pour les correctionnaires) et les dépôts de mendicité pour les mendiants. Il n'y a pas encore de lieu dédié pour les insensés.

C'est Pinel, au 18^{ème} siècle, dans son *Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale* qui acte la séparation des fous avec les autres malades (1). Avec Pinel, le fou est désormais un aliéné et entre dans une catégorie du discours médical professionnel. D'ailleurs, il propose pour la première fois une classification des maladies mentales et des recommandations de prise en charge. Cette catégorisation contient déjà la ligne de partage entre le fou irresponsable, qu'il faut soigner et le criminel responsable qu'il faut juger et incarcérer.

Plus tard, Jean Etienne Esquirol, élève de Pinel, poursuit les travaux de son maître dans l'exploration des maladies mentales et de classification. Ils proposent ensemble une classification dans un ouvrage de 1838 « Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médicolegal ». Grâce aux travaux de ces deux cliniciens et à la nouvelle dynamique de prise en charge qu'ils insufflent, la législation s'ajuste et la loi du 30 juin 1838 voit le jour. Cette loi reconnaît officiellement le statut de malade au « fou » et attribue au préfet la mission de s'assurer des soins des aliénés. S'en suit la création des premiers asiles.

Un peu plus tard et bien que l'aliénisme soit en plein déclin, Kraepelin résiste et marque la psychiatrie en proposant une classification nosologique des maladies mentales fondée sur des critères essentiellement évolutifs, dont s'inspirera largement le DSM III. Il affirme qu'il faut interner les aliénés puisqu'ils sont dangereux pour eux et pour la société

1.2. La psychiatrie dynamique

En 1926, Eugène Bleuler lors du congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, inaugure une nouvelle manière d'envisager la pathologie mentale inspirée de la théorie de la forme, de la neurologie, de la phénoménologie et de la psychanalyse. Grâce à Bleuler, les concepts Freudiens entrent dans l'asile et la parole du patient, aussi délirante soit elle a du sens, au moins du point de vue de la dynamique inconsciente. Il ouvre la voie à d'autres psychanalystes.

Puis, Henri HEY tente une synthèse entre les symptômes psychiatriques et les données neurophysiologiques. Pour lui, l'organisation de l'esprit, comme sa déstructuration, dépend autant de facteurs psychiques et sociaux, qu'organiques. C'est sa théorie de l'organodynamisme. Apparaissent alors les grandes structures psychopathologiques.

En parallèle de toutes ces tentatives de trouver de la cohérence dans cette nouvelle discipline, l'asile devient hôpital psychiatrique en 1937 et dépend du conseil général puis centre hospitalier spécialisé.

1.3. La psychothérapie institutionnelle et les chimiothérapies

L'évolution de la psychiatrie se fait en trois points :

- Un mouvement de désinstitutionnalisation suite au traumatisme lié aux milliers de décès de malades mentaux pendant la guerre
- L'âge d'or de la psychanalyse
- L'arrivée des premiers psychotropes et le désengorgement des hôpitaux psychiatriques

Après la guerre et la disparition de 45 000 malades mentaux dans les asiles et les hôpitaux psychiatriques, les psychiatres, profondément traumatisés, vont réfléchir à une nouvelle manière de prise en charge. C'est là que naît la psychothérapie institutionnelle. Les pionniers dont le travail commence en pleine occupation, sont Paul Balvet, Lucien Bonnafé et François Tosquelles.

Il s'agit d'une thérapeutique « *plus active* » (2), « *responsabilisant* » tous les malades. Le personnel de l'hôpital considère l'établissement comme un organisme malade qu'il faut traiter. Il faut, d'après eux, lutter contre l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le pré jugé de l'irresponsabilité du malade lui-même. L'organisation du travail se modifie et les infirmiers, qui jusque-là avaient plutôt le statut de gardien, sont formés et mis à contribution dans le traitement des malades.

Le patient retrouve alors sa place de personne dans l'institution. Sa parole est écoutée et entendue. Ses choix sont pris en compte dans les choix qui rythment la vie de la structure et l'orientation des activités à vocation thérapeutique.

Ce changement de paradigme a vite été étayé par l'arrivée des chimiothérapies, au premier rang desquels la chlorpromazine dont l'activité anti psychotique est découverte par Delay et Deniker en 1952. Leur effet sur la prise en charge est majeur : les symptômes psychotiques et notamment le délire peuvent être atténués, les passages à l'acte auto et hétéro-agressifs peuvent être réduits sans avoir recours à la contention physique. Le travail psychothérapeutique s'en trouve largement facilité. Les pratiques continuent d'évoluer et le temps des hospitalisations diminue. D'autres approches psychothérapeutiques voient le jour, bien que la psychanalyse reste le cœur de formation de la plupart des psychiatres en France alors. L'approche systémique par exemple, portée par l'école de Palo Alto qui fut prolifique surtout dans les années 1950 – 1980 et les approches issues des courant behavioristes qui donneront ensuite naissance aux thérapies cognitive et comportementales.

1.4. La création du secteur

Comme nous venons de le voir plus haut, il s'agit de défendre une conception humaniste de la psychiatrie, axée plus près du patient, sur les relations bio-psycho-sociale (3) et sur le maintien de la personne malade dans sa communauté. Les travaux de la commission des maladies mentales seront à l'origine de la rédaction de la circulaire du 15 mars 1960. Ce texte peut être considéré comme le texte fondateur du secteur psychiatrique (4). Cependant, sa réalisation effective ne sera généralisée qu'entre 1970 et 1985 (3). Dans le texte initial, il est prévu trois lits pour 1 000 habitants et quatre principes sont énoncés (4) :

- Traiter de façon aussi précoce que possible
- Traiter le malade au plus près de sa famille et de son milieu
- Assurer une continuité des soins entre prévention, soins et post cure
- Faire intervenir une équipe pluridisciplinaire placée sous la responsabilité d'un médecin

En juillet 1968, porté par les mouvements de protestation qui agite le pays, la psychiatrie se détache de la neurologie, mouvement de séparation individuation nécessaire mais à l'origine d'une méfiance importante et parfois encore d'actualité vis-à-vis des somaticiens. Dans le même temps, les mouvements anti psychiatrie, notamment l'œuvre de Michel Foucault, stigmatisent l'enfermement asilaire. Cela aboutira en parallèle à la sensibilisation de la population quant à la nécessité de réformer les structures psychiatriques.

D'autres textes officiels aident à la précision de cette politique de secteur. Le 9 mai 1974 précise la composition de l'équipe pluridisciplinaire (3) : médecin, infirmier, psychologue, secrétaire, assistante sociale.

Ce n'est donc qu'en 1985 que la politique de secteur sera mise en place.

En juillet 1985, le code de la santé publique est modifié et indique que « *la lutte contre les maladies mentales comporte des actions de prévention de diagnostic et de soins. A cet effet, exercent leurs missions dans le cadre de circonscriptions géographiques appelées secteurs psychiatriques, les établissements assurant le service public hospitalier* » et en mars 1986, la loi définit trois type de secteurs : générale, infanto juvénile et en milieu pénitentiaire.

Cette loi instaure les conseils départementaux de santé mentale (3) qui comprennent des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des caisses d'assurance maladie, du personnel de santé des établissements d'hospitalisation publique et privée. Ce conseil détermine

les secteurs psychiatriques et la planification des équipements. Des soignants peuvent donc contribuer à la réflexion, ce qui nous le verrons plus tard est bien différent aujourd'hui.

Cependant, dès 1988, la cours des comptes relève des insuffisances de planification et des disparités entre les secteurs.

Une circulaire de 1990 insiste à nouveau sur les principes d'organisation du secteur et la pluridisciplinarité, la proximité par rapport aux populations desservies, les articulations avec les soins généraux (4). C'est aussi en 1990 que la loi de 1838 sur l'internement est abrogée pour être modifiée afin de mieux respecter les droits du patient.

Enfin, en 1992, une circulaire préconise la mise ne place de mesures susceptibles d'améliorer la pris en charge des urgences psychiatriques, dans les CMP, les centres de crise et également dans les services accueillant les urgences générales.

1.5. De la psychiatrie à la santé mentale : les années 90 et 2000

On traite désormais de la santé mentale après avoir, pendant longtemps, « lutter contre les maladies mentales ». L'OMS définit d'ailleurs la santé mentale comme l'une des grandes composantes de la santé : « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »

« La santé mentale est un état de bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, la santé mentale est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté ».

Avec cette définition, l'OMS propose donc d'envisager la santé avec plusieurs prédicteurs et variables bio psycho sociale. Cela ajoute un ensemble de facteurs contextuels et sociaux et engage l'ensemble de la société dans la santé mentale.

Ce postulat de l'OMS déplace sensiblement le centre de gravité de la psychiatrie vers une approche plus globale de la santé mentale (5).

Ainsi, la psychiatrie évolue vers la souffrance existentielle et vers des phénomènes plus généraux (3). Elle investit aussi le champ global de la santé dans une perspective de prise en

charge ou de prévention primaire. Le métier de psychiatre et d'infirmier en psychiatrie va donc suivre ses évolutions.

Après avoir été tour à tour maladie en générale, puis damnation religieuse, la maladie mentale entre dans le champ médical au 18^{ème} siècle. Les observations de Pinel marquent un tournant à l'origine duquel la libération des aliénés et la loi sur l'internement de 1838. Après la seconde guerre mondiale, le mouvement de la désinstitutionnalisation et l'arrivée des premiers psychotropes offrent un nouveau cadre de soin. C'est l'émergence du secteur qui met au service de la population un recours aux soins de proximité dont l'ensemble est constitué d'un psychiatre, d'infirmiers et d'infirmières, d'un ou une secrétaire, un ou une psychologue et un ou une assistant(e) social(e). On traite désormais de la santé mentale. Très vite, des disparités apparaissent entre les secteurs.

2. Les spécificités du travail en psychiatrie

2.1. Le métier de psychiatre

Le métier de psychiatre a évolué au cours du temps. Au 18^{ème}, les aliénistes commencent à travailler main dans la main avec les surveillants, choisis parmi les anciens malades de l'asile. Le binôme le plus célèbre est celui que forma plus tard Philippe Pinel avec Jean Baptiste Pussin qui fût à l'origine de la libération des aliénés grâce aux observations cliniques et sémiologiques fines que Pussin rapportait à Pinel.

C'est seulement au 19^{ème} siècle qu'on peut avoir les premiers textes légitimant de la place et du rôle du médecin à l'hôpital avec la création de l'internat en 1802, du clinicat en 1823 et de l'assistance publique en 1849. En 1892, une loi est votée imposant que nul ne puisse exercer la médecine sans être muni d'un diplôme de médecin délivré par le gouvernement. Ce n'est qu'en 1968 que la psychiatrie se sépare de la neurologie et que les psychiatres obtiennent le titre de praticiens hospitaliers.

Pour Danet (1), les deux étapes de la naissance de la psychiatrie qu'ont été la constitution de l'asile et le soin des névroses sur le mode ambulatoire ont assuré aux psychiatres les éléments d'une véritable identité professionnelle.

Aujourd'hui, les étudiants en médecine sont de plus en plus nombreux. En effet, d'après le ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation, les étudiants en première année de médecine étaient 57 800 à la rentrée 2017 contre 57 100 à la rentrée 2016 (6). Une enquête réalisée par l'ANEMF (association nationale des étudiants en médecine de France) (7) retrouve que les étudiants choisissent médecine pour « exercer un métier utile » à égalité avec « aider / sauver les patients » et « avoir une qualité de vie satisfaisante ». Dans cette enquête, la psychiatrie est pourtant vue par les étudiants (avant l'Examen Classant National) comme une spécialité peu attractive. Dans son étude menée en Australie et en Nouvelle Zélande, Tina Thomas (8) montre que les étudiants choisissent la psychiatrie pour l'intérêt intellectuel, la qualité de vie, le contact avec les patients, le défi et la complexité, l'aide aux gens, les perspectives d'avenir, mais aussi le désir de travailler en équipe pluridisciplinaire et pour le côté jugé créatif et artistique vu dans cette spécialité par les étudiants. En 2015, Malhi et al (9) montrent que les étudiants qui choisissent la psychiatrie seraient plus ouverts d'esprit que leurs collègues choisissant une autre discipline. Enfin, les étudiants qui choisissent la psychiatrie auraient souvent eu une expérience familiale ou personnelle de maladie mentale que les étudiants que la psychiatrie n'intéressent pas (10).

Marlène Blond, psychiatre, propose également des motivations inconscientes telles que les expériences infantiles avec la mort, le désir de maîtrise, l'identification à un personnage médical clef, le besoin de revalorisation narcissique (11), qui peut être une motivation dangereuse puis que justement la psychiatrie nous pousse parfois à en finir avec la toute-puissance médicale (12), le désir de connaître, le désir de voir.

Le métier d'aliéniste change drastiquement avec l'apport de Pinel mais c'est seulement en 1968 que la psychiatrie se sépare de la neurologie et que les psychiatres obtiennent le titre de praticien hospitalier. Aujourd'hui, les étudiants en médecine sont plus nombreux chaque année. Ils sont surtout motivés par des valeurs altruistes. Les étudiants qui choisissent la psychiatrie seraient plus ouverts d'esprit et auraient plus souvent une expérience avec la maladie mentale.

2.2. Le métier d'infirmier en psychiatrie

Infirmier vient du latin *in firmus* et signifie « qui s'occupe des infirmes ». Cependant, cette profession voit ses fondements et ses missions changer au cours du temps, comme les médecins. Au moyen âge, le fou est isolé puisqu'il n'est pas maîtrisable. Les personnels chargés de veiller sur les fous n'ont aucune approche soignante, ils sont plutôt assistants à la misère, et sous l'égide de la religion (13).

Les soins s'inscrivent dans une logique de charité religieuse et exclusivement prodigués par les femmes. L'acte de soigner ne peut être que bénévole, la femme qui aide, ne peut pas être rémunérée, le soin n'a aucune valeur économique. La rémunération se fait donc en nature : les aidants sont complètement pris en charge par la structure dans laquelle ils travaillent. Ils sont nourris, logés et blanchis.

Apparaissent ensuite les gardiens de fous, choisis parmi les anciens malades, et les surveillants qui les observent et rendent des comptes aux médecins.

A la fin du XVIIIème et au début du XIXème siècle, les gardiens de fous commencent à se distinguer du personnel pénitentiaire. C'est Jean Baptiste Pussin qui sera le précurseur des infirmiers en psychiatrie. Il est surveillant de l'asile de Bicêtre puis de celui de la Salpêtrière. Il travaillera beaucoup avec Pinel et sera aussi à l'origine de l'idée de personnel qualifié pour le soin et de la libération des aliénés: il est le premier surveillant à faire des observations à propos des malades.

Un rapport de 1874 de l'inspection générale préconise de former un « corps spécial de surveillants d'asile comme on a formé un corps spécial de gardiens de prison » (14).

En 1877, le Dr Bourneville, de retour d'un voyage aux Etats Unis, crée les premières écoles d'infirmières d'asile. Il souhaite que le personnel ait des connaissances et des compétences particulières sur les maladies mentales pour mieux prendre soin des fous.

Ce n'est qu'en 1930 que l'appellation de gardien est remplacée par infirmier ou infirmière en psychiatrie et qu'une formation facultative est proposée sur 5 ans avec cours théoriques et stages de médecine, l'examen final donnant accès au titre d'infirmier des asiles diplômés de l'état français.

En 1955, grâce au mouvement de la psychothérapie institutionnelle et à des médecins comme Lucien Bonnafé, François Tosquelles, Georges Daumézon et Philippe Paumel, le diplôme est

défini et arrêté à 2 ans. C'est en 1970 avec la création du secteur qu'un arrêté institue le certificat de moniteur de formation professionnelle du personnel soignant de secteur psychiatrique et que l'on voit apparaître les infirmiers de secteurs psychiatriques (ISP).

Dans son enquête qualitative réalisé en 2003, Calbéra montre bien que les infirmiers aujourd'hui sont toujours mus par des valeurs de solidarité forte, ne devant pas faire apparaître l'argent dans le débat (13) bien que les mouvements de mai 1968 aient permis une certaine émancipation tant sur le plan professionnel (vis-à-vis du médecin) que sur le plan personnel (avec la revendication du droit pour les infirmières à une vie privée).

En 1992, le diplôme d'état polyvalent est créé et c'est la fin de la formation spécifique des infirmiers de secteur psychiatrique et du salariat des élèves infirmiers.

Aujourd'hui, la formation infirmière se déroule sur trois ans après le baccalauréat et l'entrée à l'institut de formation en soins infirmiers se fait sur concours. Il est possible de faire une formation complémentaire en puériculture, anesthésie et bloc opératoire. La formation spécifique psychiatrique a donc disparue, laissant parfois les jeunes diplômés un peu démunis face à la psychose ou autre pathologie mentale. Il existe depuis peu un tout nouveau statut d'infirmière en pratique avancée, que nous développerons plus tard.

Les aliénés sont tour à tour sous surveillance des gardiens de fous et de surveillants. C'est avec Pussin que naissent réellement les premiers soins infirmiers, basés sur des observations. Les religieuses prodiguent les soins, dans des valeurs de dévotion et de soumission très fortes. La laïcisation des soins et la formation spécifique psychiatrique portée par Bourneville d'abord puis Daumézon, Bonnafé et Tosquelles marquent un tournant pour la profession d'infirmier en psychiatrie. Ce titre d'infirmier de secteur psychiatrique disparaît en 1992 au profit d'un diplôme d'état polyvalent.

2.3. Le travail en psychiatrie de nos jours

a. L'encadrement et le soutien hiérarchique

En Grande Bretagne, la thymie des soignants en psychiatrie est meilleure lorsque le cadre organisationnel est clair (15). Le soutien hiérarchique et des collègues est associé à un engagement positif dans le travail. Lorsqu'il est insuffisant il peut être à l'origine de tension émotionnelle (16) voire de burnout chez les psychiatres (17). De plus, une mauvaise qualité de travail d'équipe et un harcèlement par la hiérarchie peut être à l'origine chez les psychiatres d'une intention de quitter leur profession (17). Par ailleurs, lorsque le cadre est clair, les patients sont moins hospitalisés en chambre d'isolement (15).

b. Nouvelle organisation du travail en psychiatrie

L'hôpital public se trouve aujourd'hui très aux prises avec son organisation et ses critères qualité, guidé par son désir de survie face aux nouvelles approches gestionnaires et à l'emprise qu'elles exercent. Le système hospitalier est donc soumis à des impératifs de rationalisation et de maîtrise de son activité.

Jusque dans les années 1980, les hôpitaux étaient financés sur la base de leurs dépenses. Alors, en lien avec une croissance nationale en baisse et une augmentation des dépenses de santé, l'appareil législatif acte qu'il est nécessaire de diminuer les dépenses de santé. On parle de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Pour Dembinsky, « *ce choix (d'orientation politique) marque un tournant irréversible dans la politique de santé en France. Il correspond à l'émergence et à l'institutionnalisation d'une nouvelle expertise gestionnaire dans le champ de la santé* » (18).

S'en suivent plusieurs bouleversement importants, au premier rang desquels le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), inspiré du système américain. Ce programme imposait et impose toujours à chaque établissement de santé d'analyser et de communiquer leur activité médicale aux services de l'état qui décidera ensuite d'allouer un budget. Ainsi, chaque hospitalisation donne lieu à un résumé de sortie standardisé, qui est catégorisé ensuite en groupe homogène de malades par un algorithme de l'ATIH (Agence

Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). Celui-ci est basé sur des critères médicaux et économiques, de telle sorte que les pathologies rassemblées engagent des frais d'activité hospitalière équivalents. C'est le début de la tarification à l'activité (T2A). Le programme est proposé en 1986 pour la première fois mais effectif sur l'ensemble du territoire en 1991. Et ce n'est qu'en 2004 que les financements sont réellement indexés sur l'activité avec l'arrivée de la T2A. Le modèle de référence est devenu celui de l'entreprise.

La psychiatrie a d'abord été tenue à l'écart de ces nouvelles mesures devant la particularité des patients, des pathologies et des modes de prises en charge. Finalement, comme la psychiatrie occupe 10 à 11% des dépenses de santé, elle est devenue un champ à investir au même titre que les autres spécialités médicales. Cependant, l'absence de théorie des pratiques, a empêché les experts de mettre en chiffre l'activité, c'est-à-dire que même s'il existe des classifications, elles ne font pas consensus, de même que les pour les prises en charge. Il est ainsi très difficile de classer les patients dans des groupes homogènes de malades et de proposer une prise en charge généralisée ou catégorisée comme c'est le cas dans le modèle PMSI classique. Les promoteurs du PMSI ont donc lancé un travail de collaboration avec les psychiatres pour construire un modèle adapté à la psychiatrie. Les réflexions autour de cet outil furent riches et empêchèrent un temps le processus de chiffrage par le réveil du débat mainte fois tenu : approche neurobiologique versus approche communautaire.

Néanmoins, des expériences sont lancées dans plusieurs établissements et en 2007, le système PMSI psy est mis en place sur l'ensemble de la psychiatrie sous l'appellation VAP (valorisation de l'activité en psychiatrie). Notons que la France est le seul pays à avoir fait une distinction pour la psychiatrie. Aujourd'hui, le programme ne conditionne pas le financement mais il implique un codage de l'activité et produit déjà des « modifications irréversibles » sur le système de soin psychiatrique.

Ces modifications se voient aujourd'hui dans l'organisation des soins comme dans la recherche, avec l'intégration des questions gestionnaires et économiques. L'hôpital, y compris l'hôpital psychiatrique, est aujourd'hui devenu une technostucture qui impose ses exigences et ses rythmes. On observe une explosion des tâches administratives. Des indicateurs locaux sont créés pour contrôler l'activité et les acteurs des établissements y compris médicaux s'en servent pour promouvoir leur approche. Egalement, dans les pratiques de soins et parce que les soignants doivent coder leur activité, en lien quasi direct avec le financement, on observe une pénétration progressive des catégories diagnostiques pour résumer une trajectoire, souvent dès la première rencontre avec le patient.

Dans cette grande technostucture qu'est devenu l'hôpital, on voit donc apparaître les mêmes problématiques de l'organisation du travail que dans certains grands groupes, notamment l'augmentation de l'exigence psychologique, la contrainte de temps, les interruptions de tâche, la multiplication et la division des tâches, la division des salariés...

Pour Dembinski, le problème est que le système d'informations produit pour orienter l'activité, s'il intègre un niveau médical, ne tient pas compte d'indicateurs de santé ou de qualité des soins. Le risque en est, pour lui, la « *confiscation du débat en santé, péjorative à terme pour la santé publique* ».

Pour Velpy (19), « *le changement de statut des hôpitaux psychiatriques rejoignant le droit commun hospitalier, le souci de contrôle des dépenses et les nouvelles manières de rendre compte de l'activité qu'il a en partie induit conduisent à penser que l'organisation de la pratique psychiatrique ne repose plus tant sur une spécificité thérapeutique...que sur une préoccupation de bonne gestion de l'offre de soins en santé mentale* ».

Il y a conflit de valeur sur la qualité. Pour l'encadrement, elle est vue sous le prisme de l'accréditation et de la démarche qualité, quand elle est vue sous l'angle du relationnel par les soignants (20).

On voit bien ici que les enjeux politiques et de financement ne sont pas dissociables du reste du système. Transformer le système de gestion, c'est transformer tout le système et avec lui les interactions de pouvoir et d'entraide qui existent entre les différents acteurs (médicaux, paramédicaux, administratifs).

Les contraintes inhérentes à l'organisation du travail allant grandissantes, il semble que deux axes de réflexion se dégagent : d'une part le lien des travailleurs à la contrainte « travail », qui sera toujours présente, plus ou moins acceptable; et d'autre part les actions à mettre en place pour remodeler ses contraintes, que nous n'aborderons pas dans cette thèse et qui semble être plutôt du ressort des organisations syndicales.

Ce qui nous intéresse ici est bien la notion de relation à la contrainte « travail » qui va conditionner la santé des soignants, par les enjeux et les ajustements qu'elle permet.

Fort de ce postulat, nous allons proposer dans la partie suivante les différentes approches explicatives de la santé au travail à travers l'exposé puis la discussion de cas cliniques.

3. Epidémiologie de la souffrance psychique au travail en psychiatrie

D'abord, et afin de se faire une idée de ce que représente la souffrance au travail en psychiatrie, voyons quelques chiffres.

3.1. Les médecins

Au Canada, les problèmes d'épuisement professionnel chez les médecins sont passés de 37.6% en 2011 à 52.5% en 2014. Ce taux est de 36% supérieur à la population générale (21). D'ailleurs, dans une étude comparative entre psychiatres et autres médecins, 16.3% des psychiatres n'ont pas su répondre à la question « vous sentez-vous en épuisement professionnel ? » alors qu'ils présentent des scores élevés de burnout.

Les psychiatres ne sont pas plus sujets à l'épuisement professionnel que les collègues des autres spécialités (17), ils sont en revanche plus à risque de suicide. Les psychiatres sont nombreux à se déclarer victime de violence mensuellement par les patients ou leur famille (17) comparés à leur collègue des autres spécialités.

Dans son travail de thèse, Karen Lamarche a recensé tous les travaux parus sur le suicide des médecins en France et dans le monde depuis 1963. Quasiment toutes les études montrent un surrisque par rapport à la population générale allant de 1.5 à 4 fois pour les médecins hommes et femmes, toutes spécialités confondues (22–24). Les psychiatres, comme les anesthésistes et les généralistes sont plus à risque de suicide que leurs collègues des autres spécialités (25). Les travaux français à citer sont certainement celui du Dr Leopold en 2003, qui retrouve un surrisque par rapport à la population générale du même âge de 2.37 et l'étude de 2008 menée en coopération par le CARMF et la CNOM (26) qui retrouve un surrisque de 1.80. Cette étude mènera d'ailleurs à la mise en place d'un observatoire national des décès des médecins libéraux afin de recenser les décès par suicide. L'étude de 2003 de Léopold retrouve comme marqueurs du risque et de prévention : l'alcool et les addictions, le divorce, les difficultés financières, les contentieux ordinaires, administratifs ou judiciaires et la maladie qu'elle soit physique ou mentale. Les femmes médecins sont plus à risque que les hommes (25,27–30).

En ce qui concerne l'addiction, la plupart des études s'accordent à dire que les addictions sont aussi fréquentes chez les médecins qu'en population générale du même âge, avec tout de même

une certaine vulnérabilité pour la toxicomanie médicamenteuse, notamment en auto médication (31,32).

Une étude réalisée en 2015 auprès de 1905 professionnels de santé français, dont 63% de médecins a montré que près de 50% d'entre eux avait le sentiment d'être, avait été en situation de burnout ou de fort risque de burnout, près de 7% en situation de dépendance ou de fort risque de dépendance à l'alcool, 8.5% en situation de dépendance ou de fort risque de dépendance aux psychotropes, 1% en situation de dépendance ou de risque fort de dépendance aux stupéfiants (33).

3.2. Les étudiants en médecine

Il existe peu de données à ce sujet. Cependant, en France, une enquête a été menée sur 8000 étudiants (des externes aux chefs de clinique) en 2016 et a révélé que sur les 8000 répondants, 14% déclaraient avoir déjà eu au moins une fois des idées suicidaires (contre moins de 4% en population générale du même âge). En 2016, une revue systématique de la littérature scientifique paraît dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) et retrouve un risque suicidaire de 11% chez les étudiants en médecine et un risque de 27% de dépression (29).

3.3. Les internes

Dans la lignée de la revue de la littérature du JAMA et après qu'au moins cinq internes se soient suicidés entre 2016 et 2017, une enquête sur la santé mentale des étudiants et jeunes médecins français paraît en 2017, menée par l'ANEMF et les syndicats d'internes et de chefs de clinique. Elle révèle que 66% des jeunes médecins souffrent d'anxiété, et presque 28% ont souffert de dépression. De même, presque 24% des étudiants en médecine et jeunes médecins auraient déjà eu des idées suicidaires soit un étudiant sur cinq, dont presque 6% au cours du mois écoulé avant l'enquête (29). Egalement, les internes présentent un risque élevé de burnout comparativement à la population du même âge associé à la dépression et à une baisse de la qualité des soins (34). Ils s'alcooliseraient plus que leurs pairs du même âge mais ne consommeraient pas plus de substances psychoactives (35).

3.4. Les infirmiers

Plus spécifiquement en psychiatrie, la littérature française est pauvre mais les anglo-saxons ont déjà recensé plusieurs études qui ont exploré plusieurs facteurs du travail en psychiatrie avec ou sans outils spécifiques. Les résultats sont donc à prendre avec mesure.

a. A propos du stress perçu

De très nombreux soignants en psychiatrie toutes professions confondues déclarent être très stressés au travail (15,36,37). Le taux de burnout est variable selon les populations et les études. Des hauts niveaux de stress perçus chez les infirmières en psychiatrie ont été associés avec l'âge jeune (16,38) une exigence psychologique forte (16,38), un faible soutien au travail (16,38) et la survenue d'épisodes de violence au travail, une charge de travail importante (16,38). Il peut être en lien avec des taux plus élevés de burnout (37).

b. La santé mentale et le burnout

Les faibles scores de santé mentale étaient associés à une forte exigence psychologique, un faible contrôle sur son travail, un faible soutien au travail et un haut niveau de stress perçu (38). La thymie est plus haute lorsque l'encadrement est clair et présent (15). Cependant, une méta-analyse (39) faite sur 34 études montre que les indicateurs prédictifs de thymie basse chez les soignants en psychiatrie ont insuffisamment été étudiés avec des outils validés.

Le taux de soignants souffrant de burnout varie selon les études : il va parfois jusqu'à 20% (37). Il est toujours mesuré par le MBI. Les psychiatres et les travailleurs sociaux semblent plus touchés que les psychologues (37).

Les facteurs prédictifs du burnout seraient : l'interaction face à face avec le patient, la longue expérience en psychiatrie, une faible cohésion d'équipe (37). L'épuisement émotionnel des soignants en psychiatrie toute profession confondue était associé à un faible soutien de la part de la hiérarchie, un âge jeune. Elle serait plus importante en CMP que dans unités de soins (16,40). Les infirmières spécialisées en psychiatrie seraient plus touchées mais déclareraient de plus hauts niveaux d'accomplissement personnel (15).

Il y a une corrélation entre faible estime de soi et burnout pour Gilibert (36).

c. La santé en général

La perception d'une mauvaise santé générale chez les soignants en psychiatrie était associée à un faible contrôle sur le travail, une exigence psychologique forte, et un stress perçu (37) et des taux élevés de burnout (36).

d. L'autonomie

Elle est associée à un engagement positif au travail (16). Lorsqu'elle est faible, elle peut avoir des répercussions sur la santé en général (38). Elle peut être en lien avec le burnout lorsqu'elle est insuffisante (36), ou au moins à une tension émotionnelle (16).

e. Le lien patients / soignants

Des agressions verbales fréquentes et l'isolement des patients seraient corrélés à une thymie plus basse chez les soignants (15). Le niveau de stress perçu augmente lorsque règne dans l'unité un climat de danger (38). La satisfaction des patients serait corrélée à la bonne perception qu'ils ont de l'atmosphère au sein de l'équipe de soin.

Deuxième partie : clinique de la souffrance et de la santé au travail en psychiatrie

1. Le travail : définition, concepts et cas cliniques

1.1. Définition

Commençons par l'étymologie du mot travail.

Travail vient de l'ancien français « travail » qui signifie souffrance. En latin, travailler vient de tripaliare : tourmenter avec un tripalium. Un tripalium étant soit un instrument de torture ou un instrument utilisé pour immobiliser les grands animaux ou ferrer les chevaux.

Effectivement, dans le dictionnaire Larousse, le travail a plusieurs définitions. On trouve notamment : activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose. Mais aussi, activité régulière et rémunérée. Et enfin : toute occupation, toute activité considérée comme une charge.

En français, on désigne par le même mot « travail » à la fois l'activité et le résultat qu'elle produit. Par exemple, l'anglais et l'allemand séparent le travail en cours de réalisation (labour, arbeit) du travail effectué (work, werk).

1.2. Concept philosophique

En philosophie, plusieurs définitions du travail sont proposées :

- 1. Ensemble des activités par lesquelles l'homme satisfait ses besoins et transforme la réalité
- 2. Activité particulière ayant pour fonction la satisfaction des besoins d'un individu et la transformation de la réalité avec. Cette activité est d'une part, particulière et l'individu

y est formé (métier, profession). Cette activité est aussi d'autre part, censée lui permettre de satisfaire ses besoins (activité rémunératrice).

- 3. Toute activité dont le produit a été obtenu par un effort ou sous la contrainte, même sans lien avec un besoin.

Les philosophes s'intéressent donc au travail comme activité, ce par quoi l'homme transforme la réalité pour satisfaire ses besoins. C'est donc interagir avec son environnement, en faire autre chose que ce qu'il est au départ. L'environnement aussi va transformer celui qui travaille. Cependant, transformer le réel implique des efforts, parfois souffrir parce que le réel ne se transforme pas si facilement.

C'est là que s'impose la notion de contrainte : travailler n'est pas un objectif en soi, il vise la satisfaction des besoins. Et c'est parce que le réel résiste à la satisfaction des besoins que l'homme est contraint de travailler. Le travail apparaît donc ici comme une contrainte. Dans nos sociétés modernes, la contrainte « travail » peut être vue comme la résultante d'une multitude de contraintes de l'organisation du travail : temps, exigences psychologique, exigence physique, responsabilité, interruption de la tâche, etc...

La souffrance au travail est donc plus une souffrance en lien avec la relation à la contrainte « travail » qu'entretiennent les travailleurs plutôt qu'une souffrance en lien avec le travail lui-même.

Dans les modèles biomédicaux, cette relation est représentée par le stress. Les abords psychodynamique et systémique injectent, à ces modèles déjà très complets, de la subjectivité et permettent d'aborder les capacités d'adaptation en fonction du système de valeurs du sujet tant dans son individualité qu'au sein du groupe dans lequel il évolue. La relation à la contrainte est médiée par le sujet lui-même. Finalement, les deux approches apparaissent complémentaires et nous nous permettrons en fin de partie de proposer un modèle intégratif.

Proposons maintenant le cas d'Henri et de Philippe. Nous exposerons ensuite les différents concepts théoriques de la souffrance au travail avant de discuter les cas au regard de ces concepts.

Les modèles de souffrance au travail sont riches, progressifs et complémentaires. Ils envisagent la souffrance comme le lien des travailleurs à la contrainte « travail » et postulent que le sujet lui-même peut être médiateur et modulateur de cette souffrance.

1.3. Méthodologie

Nous allons ici expliquer comment nous avons sélectionnés les deux cas cliniques traités, et nous évoquerons aussi les limites et les biais de cette sélection.

Dans le cadre de cette thèse et de façon à avoir une illustration clinique, nous avons voulu rencontrer des soignants. Pour cela, un mail a été envoyé aux différents chefs de service et cadres de santé de l'hôpital Saint Jacques du CHU de Nantes et de l'hôpital Georges Daumézon, proche de Nantes. Ce mail avait pour but d'expliquer l'objet de nos recherches : le lien entre souffrance soignante et souffrance des patients, le retentissement sur le soignant et l'institution mais aussi les moyens déployés par les soignants et l'institution pour mieux faire face à ces difficultés. Les soignants intéressés pouvaient répondre par mail, l'anonymat étant préservé par la suite. Six soignants nous ont répondu positivement. Nous pouvons nous interroger sur leurs motivations et le biais de celle-ci. En effet, six soignants est un effectif réduit, ce qui peut montrer un faible taux de perception de souffrance au travail en psychiatrie dans ces établissements, une difficulté à aborder ce sujet ou au contraire une envie voire une nécessité pour les soignants concernés de témoigner de leur souffrance. Ce sont peut-être ceux qui sont ou ont été le plus en souffrance qui ont répondu.

Chaque soignant a été contacté pour réexpliquer le déroulé de la recherche, transmettre les échelles HAD, BWAS et MBI à remplir avant la première rencontre.

Au cours du premier temps d'échange, nous nous sommes aidées d'un entretien semi structuré. Ainsi, tous ont répondu à des questions similaires qui comprenaient une partie sur la qualité de vie au travail aujourd'hui, la composition du travail aujourd'hui, la survenue d'éventuelles périodes de difficultés et une partie addictologie. Les échelles et la structure de l'entretien semi dirigé figurent en annexe. A l'issue de cette première rencontre, en fonction du matériel clinique apporté par les soignants tant du côté de la souffrance que du côté des stratégies d'adaptation, nous en avons sélectionnés deux. Nous les avons choisis pour la richesse clinique de la souffrance présentée comme pour la richesse des ressources et des stratégies d'adaptation déployées. Ces deux soignants ont été reçu chacun à trois autres reprises. Ils ont été informés par écrit de l'utilisation des données fournies pour la présentation de cas cliniques dans notre travail de thèse.

Si notre idée de départ était de proposer dans cette thèse une étude quantitative de la souffrance et de la santé au travail, il nous est finalement apparu que c'était bien de la rencontre des soignants avec le travail en psychiatrie que nous souhaitions traiter.

Nous proposons donc deux cas cliniques : celui d'Henri et celui de Philippe. Nous les discuterons ensuite en regard des concepts théoriques et des modèles de la santé et de la souffrance au travail.

1.4. Le cas d'Henri

Henri est un homme de 50 ans, il est infirmier. Il n'a pas d'antécédent personnel particulier en dehors d'une hypertension fluctuante, traitée par règles hygiéno-diététiques seules. Les antécédents familiaux sont marqués par un trouble de l'usage d'alcool chez son père « depuis toujours et jusqu'à sa mort ».

Il m'explique ne pas avoir choisi le secteur psychiatrique au départ. En effet, il a pendant plusieurs années travaillé dans un service de soins somatiques, exigeant des soins techniques très pointus et très spécifiques. Son expérience en somatique, acquise d'une part grâce au soutien de ses collègues à son arrivée et grâce à des médecins référents à l'écoute et avides de transmettre, ont renforcé la déjà bonne estime qu'il avait de lui au travail. Il était apprécié, on lui faisait confiance, on pouvait même se référer à lui lorsqu'il y avait un doute pour savoir si il s'agissait d'alerter le médecin de garde ou non. Henri prenait volontiers cette responsabilité, sans pour autant en sentir une charge ou un poids. Il a même pu à plusieurs reprises, donner son avis concernant les évaluations de stage des étudiants en médecine.

Il considérait bien faire son travail, aider les nouveaux professionnels arrivants dans ce service pointu où « il faut prendre le temps de bien faire ton soin, ça peut vite être très grave et les gens peuvent mourir ».

D'ailleurs, il ne se destinait pas du tout à être infirmier. Alors qu'il était jeune et souhaitait travailler dans une toute autre branche, sa petite amie se défenestre sous ses yeux et décède. Il dira de cet évènement « moi, je n'ai pas pu la rattraper ». Il se déprime, entre à l'armée, peut être avec l'espoir de remettre un peu de cadre et d'ordre dans sa vie. C'est par hasard qu'il passe le concours de l'école d'infirmier, à la demande de son père qui s'inquiète de le voir si désemparé. Il est accepté d'emblée et pense pendant longtemps qu'il y a eu erreur dans le calcul

des points, qu'il n'aurait pas dû être reçu. Il va donc en cours, persuadé que dans quelques semaines, on viendra le chercher pour lui annoncer qu'il n'a rien à faire ici, qu'il n'a pas les capacités pour être infirmier. Ce syndrome de l'imposteur dure quelques mois, puis il découvre le métier en stage, et souhaite s'orienter vers la chirurgie ou la rééducation fonctionnelle.

Il travaille donc plusieurs années en soins somatiques. Puis, sa femme et lui décident de déménager. En arrivant, il demande un poste en service de chirurgie, domaine dans lequel il est compétent. C'est finalement un poste en secteur psychiatrique qu'on lui propose. Il est libre de refuser mais il devrait alors ne pas travailler ou être séparé de sa femme et de ses deux enfants, alors en bas âge. Il accepte donc.

Il se trouve alors confronté à ses fantasmes autour de la psychiatrie : « on ne les guérit pas », « on ne fait rien puisqu'on ne pose pas de perf, de sonde, parfois on ne donne même pas de traitement ». Pendant les premières années, il ne comprend absolument pas le sens de son travail. Il le dit et le répète en évaluation annuelle. Il est guidé par certains cadres qui lui conseillent de s'asseoir simplement avec les patients. Il le fait et constate alors la richesse des rencontres, la sensibilité des malades, il peaufine son apprentissage de la clinique et de la sémiologie. Il pose des questions aux médecins avec lesquels il travaille, qui sont pédagogiques et accessibles. Il m'explique avoir « petit à petit construit mon métier ». On voit ici comme effectivement, le travail est essentiel en termes de construction identitaire. On voit aussi comme il peut y avoir danger si les ressources sont dépassées, tant il en a déjà tellement mis en place pour « construire » son métier.

Quelques années plus tard, apparaissent les premières difficultés. Au cours du travail, un patient se précipite sur Henri, les mains en avant, dirigées vers son cou. Henri raconte alors avoir eu très peur. Il s'est défendu et a repoussé le patient violemment. Il dit avoir eu très peur aussi de sa propre réaction de violence. Il se souvient aujourd'hui encore du regard du patient lorsqu'Henri l'a repoussé. D'ailleurs, Henri a eu aussi peur de l'agression en elle-même que de sa propre réaction lorsqu'il a repoussé le patient. Il culpabilise d'avoir réagi avec tant de violence.

Quelques mois plus tard, apparaissent des cauchemars dans lesquels il revoit le regard du patient au moment où il le repousse, qui le réveillent en sursaut. Au travail, il est en permanence « aux aguets », sursaute à chaque claquement de porte. Dès lors qu'une situation de violence se présente, on fait appel à lui, parce qu'il est un homme. Il ne se sent pas ou ne s'autorise pas à dire non lorsqu'on le sollicite pour un renfort, une intervention en CSI (chambre de soins

intensifs) ou tout autre moment où il y peut potentiellement y avoir violence. D'ailleurs, « le système de solidarité de l'équipe ne pouvait pas s'exprimer puisque tout le monde était dans la même situation, même si les garçons ne sont pas là que pour ça ». Il parle pourtant de règle morale qui dit qu' « on est solidaires, que lorsqu'un collègue est en danger, on va l'aider, on ne se retire pas, c'est la solidarité ».

Ces situations quotidiennes qui jusque-là ne posaient pas de problème majeur, même si elles étaient évidemment mal vécues mais suffisamment ventilées par une reprise en équipe, deviennent hautement anxiogènes. Henri souffre de troubles du sommeil, augmente sa consommation de tabac, consomme de l'alcool de façon parfois dipsomaniaque. Ces situations de violences sont de moins en moins compréhensibles pour lui. Il ne comprend pas pourquoi il doit contentionner un jeune patient mineur, va en intervention en CSI avec l'idée qu'il doit « sauver sa peau », ne se sent plus soignant. « On n'est pas dans notre boulot », cela provoque un conflit de valeur majeur entre la valeur travail, la valeur de solidarité pour les collègues et les attentes qu'il imagine qu'on aurait de lui. Il évoque à plusieurs reprises la formation à la gestion de la violence et de l'agressivité, qui a permis qu'il ait bien moins peur et restaure la solidarité du groupe puisque tout le monde partage les mêmes valeurs et les mêmes croyances.

Il est très angoissé, souffre de ruminations anxieuses. Ensuite, s'installe un ralentissement psychomoteur : il fait les choses automatiquement, lentement. Il devient très poreux au discours des patients, imagine qu'il est schizophrène comme eux. Des idées noires et suicidaires apparaissent, non scénarisées et sans projet suicidaire.

Pour se protéger, il s'absente de la relation aux patients, il s'en tient le plus loin possible, ne va plus à leur contact, ne s'implique pas. Chez lui, il ne veut pas inquiéter sa femme et ses enfants, alors ne dit rien, ne communique plus. Les espaces pour ventiler ses émotions se trouvent si réduits qu'il développe une symptomatologie anxieuse parfois très envahissante : l'hypervigilance s'accroît, il se sent tendu en permanence, souffre de troubles du sommeil. La peur est si envahissante qu'il a peur de sortir sur des temps non professionnels, en ville, se balader. Il a peur d'être reconnu comme soignant et d'en « subir les conséquences », il entend là de la violence dans la rue et fait référence aux deux agressions de soignants qui ont eu lieu en dehors de l'hôpital parce que qu'ils avaient été reconnus comme soignants. Il fait des crises d'angoisse régulièrement, en plus de cette anxiété de fond.

Un matin, alors qu'il est en poste dans l'unité, le cadre d'astreinte, lui impose de rentrer chez lui venant acter une fin et une limite. Par la suite, il aura un arrêt de travail de dix semaines.

Il rencontre la médecine du travail, qui déclare l'agression accident du travail et l'informe qu'il peut bénéficier d'un suivi psychiatrique pris en charge à ce titre. Il bénéficie alors de quelques séances avec un psychiatre psychothérapeute qui lui propose plusieurs séances d'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing). Cela permet un apaisement de la symptomatologie anxieuse et des troubles du sommeil. Il ne prend aucune médication anti-dépressive, seulement un hypnotique (ZOPICLONE) si besoin et un anxiolytique (ALPRAZOLAM 0.25mg) qu'il prend à plusieurs reprises mais interrompt vite, de peur d'une accoutumance, se sachant fragile sur le plan de l'addiction.

Parallèlement, il bénéficie de la formation à la gestion de l'agressivité et de la violence ce qui lui permet de refuser d'aller en intervention lorsqu'il ne s'en sent pas capable sans pour autant se trouver dans un conflit de loyauté menaçant, et de refuser de participer à une intervention qui ne suivrait pas ces principes qu'il juge protecteur et sécurisant.

Lorsque nous le rencontrons, il présente une anxiété encore élevée mesurée par HAD à 19/21 et une dépressivité douteuse à 8/21.

En ce qui concerne le burnout, mesuré par MBI, il a un score d'épuisement professionnel élevé à 38, un score de dépersonnalisation faible à 6 et un score d'accomplissement personnel faible à 16. Il peut être classé comme souffrant de burnout de gravité moyenne.

En ce qui concerne l'addiction au travail, on peut le classer comme souffrant d'une addiction au travail puisqu'il a répondu « toujours » à 3 questions et « souvent » à une question à la BWAS.

1.5. Le cas de Philippe

Philippe a 58 ans. Il est infirmier. Il est arrivé en psychiatrie par hasard. Alors qu'il était jeune et qu'il « faisait beaucoup la fête », il finit par se retrouver en difficultés financières. Un de ses amis, qui travaille comme ASH (agent des services hospitaliers) à l'hôpital psychiatrique, lui conseille de postuler. Il est engagé puis plus tard, comme le concours d'infirmier en secteur psychiatrique est financé et que les stages sont rémunérés et ne sachant que faire d'autre, il s'inscrit. Il est reçu. Il commence à travailler, son travail lui plaît, il ne se pose pas la question d'aller travailler ailleurs ou de présenter un autre concours pour pouvoir travailler en soins généraux. Il décrit un parcours professionnel riche, avec des expériences tant en unité de

psychiatrie générale fermée, qu'en CMP, en unité spécifique qu'il a contribué à créer. Il est d'ailleurs très satisfait de cette mobilité. Pour lui, bouger est un facteur protecteur. Cela lui a permis de ne pas tomber « dans la routine », de ne pas « détester ce que je faisais ».

Il travaille depuis longtemps dans la même unité, qu'il apprécie pour la relation de confiance qu'il a avec le reste de l'équipe : ses collègues infirmiers et infirmières avec qui les valeurs de solidarité sont fortes, l'équipe médicale dont il respecte l'approche et les compétences cliniques et l'encadrement qu'il trouve compréhensif et ferme. Cet ensemble lui permet une grande autonomie au quotidien et lui permet de mettre à profit l'ensemble des formations dont il a pu bénéficier au cours de ses années d'expériences. Il a appris à « me fabriquer des outils ». Il sait qu'on lui fait confiance lorsqu'il s'agit de gérer un patient en crise. Il évoque l'engagement et l'implication forts qu'on attend de lui en contrepartie de cette grande autonomie. Cela lui convient.

Il se sent sécurisé et protégé par son bagage de formations. En plus, avec la formation d'infirmier de secteur psychiatrique, il a appris dès le début de ses études que le soignant est son propre outil de travail, l'importance du transfert et du contre transfert, l'importance d'être attentif à ses émotions, pour ne pas réagir en miroir, sans pour autant, « se faire bouffer par la pathologie de l'autre »

Il est également conscient de la place qu'il peut occuper dans les unités : la place paternelle ou grand paternelle qu'il peut prendre en fonction des transferts des patients, de ce qu'ils semblent attendre. Il a appris à y être attentif.

Néanmoins, il raconte plusieurs moments difficiles dans son parcours. Par exemple, alors qu'il travaille en psychiatrie de l'enfant.

Il travaille pendant plusieurs années en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Il doit composer avec des patients de tous âges et présentant des pathologies très variées. Il y a des patients autistes et d'autres, presque déjà psychopathes. La symptomatologie est très variée et les situations de violence, plus ou moins importantes, sont fréquentes, ce que Philippe met en lien avec « ce mélange des genres ». Lui aussi a des enfants à la maison à ce moment-là. Il a parfois du mal à assumer sa vie familiale tant le travail est émotionnellement exigeant. Il est engagé dans la vie associative, poursuit ses loisirs, est toujours « en train de courir ». Peut-être pour fuir un peu la maison me confit-il. Et brutalement, sans qu'il s'y attende, après plus de quatre ans dans cette unité, « la dépression m'est tombée dessus », il ne nomme pas cela « burnout ». Il est triste, émotionnellement fragile, pleure à la moindre contrariété. Il souffre de

troubles du sommeil, en lien avec des ruminations anxieuses. Il n'a pas d'idée noire ou suicidaire et l'appétit est conservé. Il est anxieux surtout. D'ailleurs son généraliste lui a prescrit de façon souple nous dit-il une benzodiazépine de demi vie intermédiaire type BROMAZEPAM. Il ne prend pas la même quantité tous les jours mais ne dépasse jamais les 6mg quotidiens prescrits. Il nous dit de cette prescription qu'elle était très souple et lui permettait une bonne anxiolyse toute la journée. Il a arrêté dès lors qu'il a senti qu'il entrait dans le champ de l'accoutumance et donc du risque de dépendance. Une nuit, il rêve qu'il « défonce la tête d'un gamin à coups de pieds », ce rêve lui fait très peur. Il décide alors qu'il est temps de changer d'unité.

Il s'arrête de travailler deux semaines, se soigne par un anti dépresseur ISRS, la PAROXETINE pendant 6 mois prescrit par son médecin généraliste et fait une psychothérapie avec un psychiatre pendant 18 mois. Il postule ailleurs dès qu'il en a l'occasion.

Un autre moment de difficulté survient lors du suicide d'un patient dans l'unité.

Un soir, alors qu'il va terminer sa journée, son collègue trouve un patient pendu dans sa chambre. Philippe le rejoint et voit le corps. Pendant longtemps, puisque dans un tel cas, il faut attendre que le médecin vienne constater le décès, puis la levée du corps. Il faut s'occuper des autres patients qui posent des questions, s'inquiètent de ne pas voir un tel. Il faut donc savoir quoi dire, à qui, comment, dans quelle temporalité. L'image du corps pendu tourne dans sa tête tandis qu'en accord avec son collègue, ils choisissent de parler « d'incident grave » dans un premier temps, puis de reprendre les événements le lendemain avec les autres patients, après en avoir informé la médecin référente de l'unité et le chef de service. Ce soir-là, avant la relève et avec la relève, tout le monde travaille « automatiquement », chacun semble savoir ce qu'il a à faire sans avoir à demander l'accord de ses collègues. Une partie du service est condamné, les patients sont accompagnés à la tisane avec plus de soignants que d'habitude : Philippe et son collègue restent jusqu'à ce que « la situation soit gérée », pour retrouver du sens à leur métier, mis très à mal par ce passage à l'acte adressé et violent. Violent pour Philippe et son collègue en tant que soignants ? Pour l'unité, en tant qu'entité particulière qui n'a pas su voir ? Pour l'hôpital en tant que lieu qui n'a pas su voir et pas su protéger ?

Il rentre chez lui avec 2h de retard ce jour-là. Il explique à sa femme, à ses amis, tente de composer avec cela. D'ailleurs, en nous le racontant, il nous dit encore ressentir une sensation de malaise.

La situation est reparlée dans l'unité, lors de temps de supervisions extraordinaires. Pendant plusieurs mois, il refuse de faire des nuits, de peur d'être confronté à cela dans un moment où l'angoisse pour lui peut être plus importante. Il se sent irritable, à fleur de peau, fragile, émotif. D'ailleurs, il se décrit comme quelqu'un d'anxieux « de base ». Et puis, ça passe. Petit à petit, les choses rentrent dans l'ordre et il est tout à fait capable de travailler. Il ne développe pas d'autre symptomatologie et l'irritabilité disparaît.

Il considère que le turnover est important, que le fait de ne pas rester au même endroit est une aide. De même que de travailler à temps partiel. Il n'est pas à mi-temps, mais son travail à 90% lui permet de se dégager du temps pour lui, pour ses loisirs, sans avoir la sensation de se désengager du service.

Philippe a passé une HAD qui retrouve un score pour l'anxiété comme pour la dépression de 5 et qui permet donc de conclure à l'absence de symptomatologie. Il ne souffre pas d'addiction au travail d'après la BWAS : il n'a pas coché « souvent » ou « toujours » pour aucune des réponses.

En ce qui concerne le burnout, il a score d'épuisement professionnel faible à 14, un score de dépersonnalisation faible à 4 et un score d'accomplissement personnel élevé à 42.

Abordons maintenant les concepts théoriques de la souffrance au travail.

2. L'abord de la souffrance au travail par le facteur stress

Les anglo-saxons proposent une lecture de la souffrance au travail via le facteur stress. C'est-à-dire qu'ils considèrent, d'après les travaux d'Osler, de Cannon et de Selye (41) au début du 20^{ème} siècle, le stress comme réponse physiologique normale (qu'elle soit mentale ou physique) d'adaptation d'un individu à son milieu (dans lequel on trouve des stressseurs). Il y aurait pour eux, une interaction entre l'individu et son milieu de travail, médié par le stress. Basé sur ces travaux, Karasek propose un modèle interactionniste du stress au travail. Ensuite, Lazarus et Folkman envisagent un abord transactionnel c'est-à-dire qu'il ne s'agit plus du stress mais du stress perçu. Cela remet au cœur de la problématique la notion de gestion de la

contrainte : l'individu et sa capacité à interagir sur son environnement pour le rendre plus acceptable et plus confortable.

2.1. L'approche interactionniste :

Le modèle le plus connu et le plus cité dans la littérature est celui de Karasek. Il existe aussi le modèle de Siegrist.

a. Le modèle de Karasek

Robert Karasek, psychologue américain est l'un des pionniers en matière de qualité de vie au travail. Jusqu'ici, beaucoup de travaux avaient montré l'importance de la latitude décisionnelle au travail et de l'autonomie au travail et sur un autre champ, l'importance de la santé au travail. Il est le premier à proposer un modèle interactionniste du stress professionnel. Il montre la relation entre la dimension des exigences de travail et la dimension de liberté de décision dans l'appréciation de la charge mentale (42). En basant ses travaux sur l'étude de travailleurs aux Etats unis et en Suède, il construit ce modèle dit de Karasek, de stress au travail, à partir du lien qui existe entre exigences de travail et latitude décisionnelle. La latitude décisionnelle désigne la possibilité de contrôle que l'individu peut exercer sur son travail. Cela fait appel à l'autonomie dans l'organisation des tâches, la participation aux décisions et l'utilisation de ses compétences. Son modèle se décompose en quatre situations de travail et quatre profils que l'on peut résumer dans le schéma suivant :

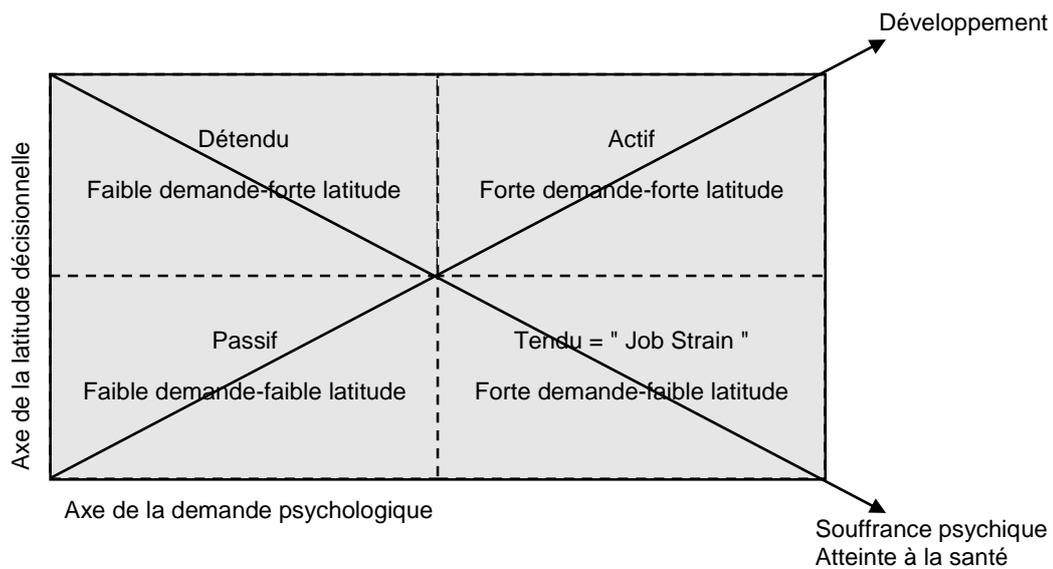


Figure 1. Modèle de Karasek

Ainsi, il définit quatre types de profils.

- Sujet actif : des exigences élevées associées à une autonomie élevée
- Sujet détendu : des exigences faibles avec une autonomie élevée
- Sujet tendu, en situation de « job strain » (stress au travail) : des exigences élevées avec une autonomie faible
- Sujet passif : des exigences faibles avec une autonomie faible.

Il fera ensuite l'hypothèse qu'un travail actif (fortes exigences avec forte autonomie) favoriserait l'apprentissage, le développement personnel et une vie sociale plus active. Il propose donc une réorganisation du travail pour permettre une autonomie plus élevée, rendre les travailleurs plus actifs, plus apprenant et donc plus efficaces. Cependant, il reconnaît lui-même que modèle ne prend pas en compte l'étayage social que peut représenter le groupe de travail ou l'étayage familial.

b. Le modèle de Siegrist

Considérant comme nous l'avons plus haut que le modèle de Karasek ne tient pas suffisamment compte des facteurs de personnalité de l'individu (43), Siegrist et son équipe proposent donc un modèle basé sur le principe que les conditions de travail pathogènes sont

celles associant des efforts élevés à de faibles récompenses (44). Les efforts peuvent être extrinsèques :

- Contrainte de temps
- Interruption
- Responsabilités
- Charge physique
- Exigence croissante de travail

Les efforts intrinsèques sont des facteurs de personnalité tels que des attitudes et motivations associées à un engagement excessif dans le travail.

Les récompenses prises en compte comprennent :

- La rémunération
- L'estime et la reconnaissance par les collègues et la hiérarchie
- Le contrôle sur son propre statut professionnel en termes de perspectives de promotion et de sécurité de l'emploi.

Le modèle de Siegrist peut être résumé par le schéma suivant :

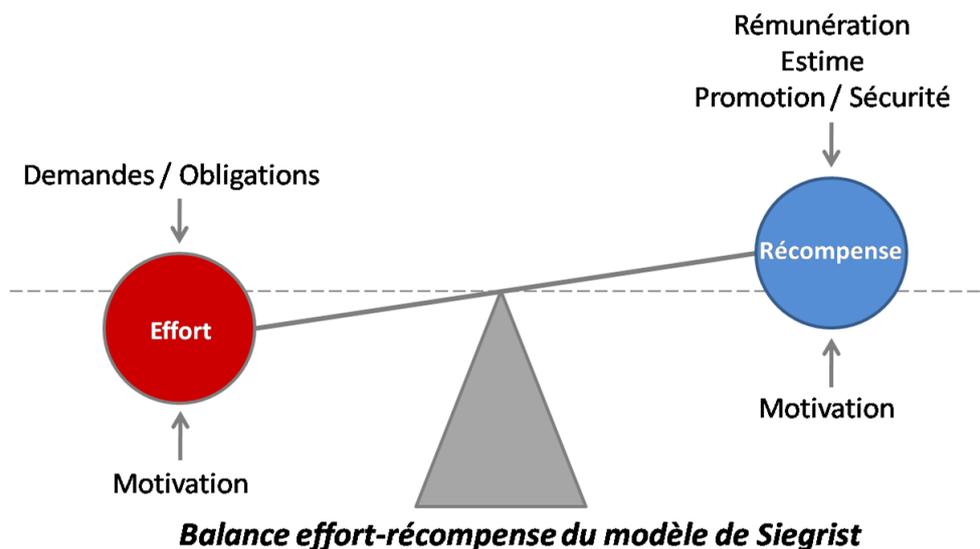


Figure 2 : modèle balance effort – récompense du modèle de Siegrist par Giorgio

Avec l'approche interactionniste, on voit apparaître pour la première fois le lien entre latitude décisionnelle et exigences de travail. Siegrist va plus loin en proposant les facteurs personnels intrinsèques. Pour lui, les situations de travail pathogènes apparaissent lorsqu'il y a un déséquilibre efforts/récompenses. Cependant, ces deux modèles restent incomplets puisqu'ils ne tiennent que peu compte des facteurs de personnalité, des capacités d'adaptation et des facteurs environnementaux d'appartenance à un groupe social et professionnel.

2.2. L'approche transactionnelle :

L'approche transactionnelle, considérant que les modèles interactionnistes sont trop mécanistes et insuffisamment dynamiques, propose que le stress soit envisagé non plus comme une réponse stéréotypée à un stimulus stressueur mais comme relatif à la représentation que le sujet se fait du stressueur, il s'agit du stress perçu et non plus du stress en tant que tel.

On revient donc ici à la gestion du stress par le sujet.

Cette approche transactionnelle, théorisée surtout par Lazarus et Folkman dans les années 1980 envisage donc bien plus les facteurs personnels intrinsèques comme faisant partie intégrante du système exigences de travail – conséquences psychiques et somatiques. Le sujet avec son histoire, son vécu, ses antécédents devient alors lui-même médiateur du stress, il peut agir sur le stress qu'il perçoit par l'intermédiaire des stratégies de coping. Il s'agit d'un système dynamique.

a. Le modèle de Lazarus et Folkman

Bien qu'il existe beaucoup de modèles transactionnels du stress, nous développerons ici celui de Lazarus et Folkman, repris ensuite par Bruchon Schweiter, puisqu'il s'agit des modèles très usités dans la littérature.

Selon eux, le stress est un processus dynamique dans lequel le sujet et son environnement interagissent et peuvent se modifier l'un l'autre (45). Ainsi, ils considèrent que le sujet évalue et réévalue sans cesse la menace via ses stratégies de coping. L'évaluation se fait en deux temps :

- L'évaluation primaire : le sujet évalue le potentiel menaçant ou dangereux
- L'évaluation secondaire : le sujet évalue ses capacités à faire face au stresser en mettant en jeu ses ressources internes et externes.

On parle donc bien ici de stress perçu et de contrôle perçu. Il s'agit d'injecter la subjectivité du sujet.

On peut déjà ici envisager les pistes de solutions que l'on voit poindre dès lors que l'on voit apparaître la capacité du sujet à maîtriser son environnement.

b. Les stratégies de coping

Face au stress perçu, le sujet va mettre en place des stratégies d'ajustement ou stratégies de coping. Ce sont l'ensemble des processus cognitifs et comportementaux que la personne interpose entre elle et l'évènement pour maîtriser, réduire ou tolérer l'impact de la situation stressante sur son bien-être physique et psychique (46). Ces processus peuvent donc consister à réduire ou annuler le problème ; ou à apprendre à mieux tolérer le problème. Elles impliquent donc deux niveaux : la régulation de la source de stress externe et la régulation de la réponse émotionnelle interne (47).

Lazarus et Folkman proposent cinq objectifs à ces stratégies de coping :

- Diminuer la menace et favoriser le rétablissement
- Ajuster ou tolérer les évènements négatifs
- Maintenir une image de soi positive
- Maintenir l'équilibre émotionnel
- Maintenir une relation satisfaisante avec les autres

Selon Bruchon – Schweiter, on distingue trois types de stratégies de coping :

- Les stratégies centrées sur le problème qui visent à la réduction du caractère menaçant ou dangereux de la source stressante : l'individu peut diminuer les exigences de la source de stress ou augmenter ses ressources possibles (comme planifier ou apprendre)
- Les stratégies centrées sur l'émotion qui visent la réduction de l'affect négatif ressenti.
- Les stratégies centrées sur le soutien social qui visent à rechercher le soutien d'autrui ou du groupe.

Elles peuvent ensuite se décliner de multiples façons : non expression des émotions, évitement, pensée magique... D'ailleurs, on peut noter dès à présent que la stratégie de coping, si elle n'est pas efficace, peut devenir en elle-même un symptôme : conduites d'évitement, trouble obsessionnels compulsifs...

Finalement, tiré des travaux de Lazarus et Folkman, Bruchon Schweiter et son équipe proposent un modèle intégratif du stress au travail :

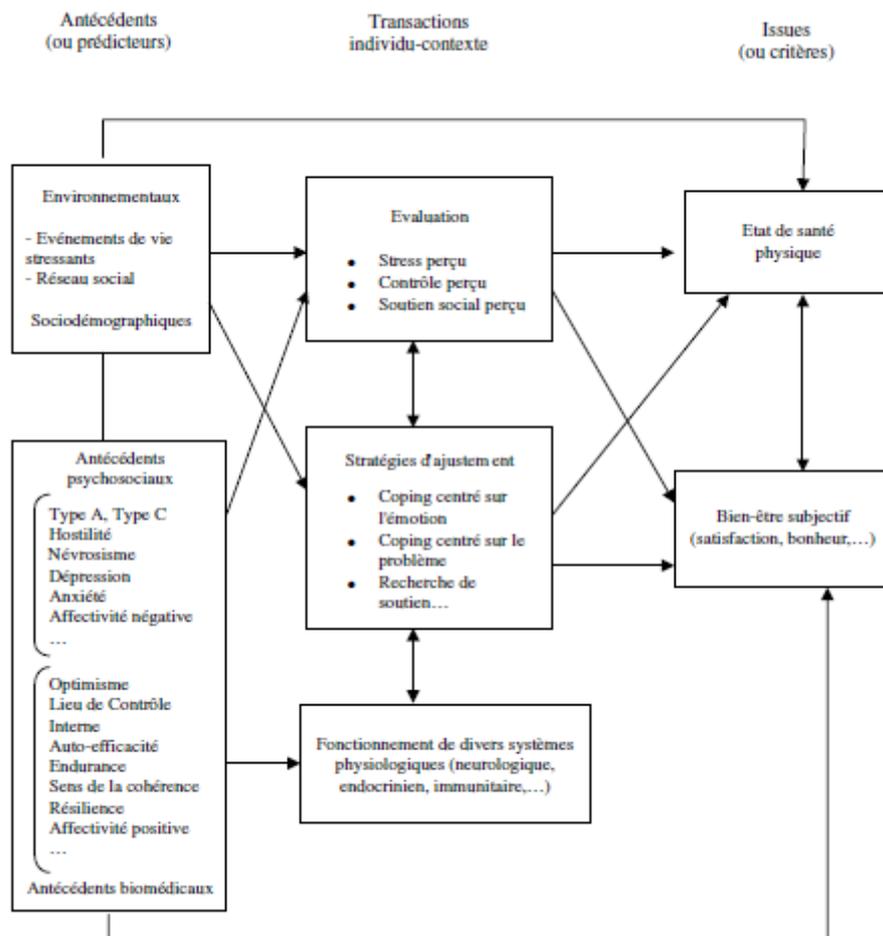


Figure 3 : un modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé (Bruchon – Schweitzer, in Fisher)

Ce modèle montre lui aussi ses limites puisqu'il ne tient pas compte du groupe de travail, que Dejours appelle collectif de travail, de l'importance des valeurs qui régissent le groupe et dont le sujet tient compte pour la mise en place des stratégies adaptatives. En effet, pour être efficaces, ces stratégies doivent répondre aussi bien aux besoins du sujet, qu'aux règles explicites et implicites du groupe.

Karasek est le premier à proposer une interaction entre stress au travail comme résultat de l'interaction entre exigences de travail et latitude décisionnelle. L'approche transactionnelle, plus dynamique est un modèle qui intègre les capacités de l'individu à changer sa perception des situations menaçantes, par le biais de ses ressources.

3. L'abord de la souffrance au travail par l'approche psychodynamique et systémique

En France, Christophe Dejours, psychiatre et psychanalyste définit le concept psychodynamique comme « *l'étude des mouvements psychoaffectifs générés par l'évolution des conflits intersubjectifs et intra subjectifs. L'analyse psycho dynamique se déploie au niveau concret et porte électivement sur le drame vécu, son contenu et son sens pour celui qui le vit* », cité par Baptiste Cougot dans son travail de master (5).

Dejours définit plusieurs concepts de la psychopathologie du travail que nous allons développer. Pour plus de clarté et pour comprendre les enjeux de ces concepts, il nous semble intéressant de rapporter d'abord en partie le cas clinique de monsieur S, à propos d'une bouffée délirante aiguë, proposé par Annie Bensaïd, sous la direction de Dejours dans l'ouvrage « Observations cliniques en psychopathologie du travail » (48).

Nous discuterons ensuite ce cas clinique à la lumière de ces concepts.

3.1. Vignette clinique : monsieur S

Monsieur S, ouvrier du bâtiment de 40 ans originaire du Maroc, consulte aux urgences à la demande de son médecin généraliste pour symptomatologie délirante de type persécutif avec mécanismes interprétatifs et hallucinatoires évoluant depuis trois mois. Il avait consulté de lui-même 15 jours avant car il avait le sentiment « de devenir fou ». En dehors de cette première consultation, il n'a aucun antécédent, ni organique ni psychiatrique. Bensaïd note qu'il relate

lors de cet entretien, son histoire sans aucune réticence bien que la persécution soit au cœur de la symptomatologie actuelle. Lors de cet entretien, il est alcoolisé. Cette intoxication se révélera comme il l'explique, être aiguë, les bilans biologique réalisés étant normaux. Les consommations d'alcool induisent des comportements violents à l'égard de sa famille, le plongeant dans une grande souffrance. Sa demande est claire et simple : il souhaite vivre « calmement avec sa famille ».

Il a vécu seul en France pendant dix-sept ans et aidé sa famille, restée au pays, en envoyant de l'argent. Depuis l'arrivée de sa femme et de ses filles il y a un an, il se sent irritable, nerveux, tant au travail qu'à son domicile. Il consomme de l'alcool depuis peu dans un but anxiolytique. Il sent qu'il a changé dit-il, qu'il n'est plus lui-même.

Puis, à son travail le patron change. Il n'instaure pas les mêmes règles que son prédécesseur. Alors que le prédécesseur faisait confiance à ses ouvriers, le nouveau patron, convoque les ouvriers dans son bureau, offre des promotions ou rétrograde des ouvriers sans justification. Trois mois avant cette consultation, il a eu, en plus du reste, un accident du travail : il est tombé d'un échafaudage, sans séquelle aujourd'hui, et au décours duquel il ne prend pas d'arrêt de travail pour éviter des difficultés financières vis-à-vis de sa famille.

C'est dans ce contexte que se développent les hallucinations acoustico-verbales et les idées de référence : il a le sentiment d'être suivi et observé dans les transports qui le conduisent à son travail et dans la rue. Il pense que ses voisins et le concierge de son immeuble le surveillent et a la conviction que l'on parle de lui au travail. Les voix l'injurient, ainsi que sa femme, le traitent de lâche, lui conseillent de divorcer. La symptomatologie est de plus en plus envahissante d'abord au travail puis à son domicile : il développe des troubles du comportement majeurs, s'interrompt dans sa tâche au travail vérifier « qui parle », se barricade chez lui. Il consulte donc son généraliste qui l'oriente vers les urgences pour rencontrer un psychiatre.

Au cours des entretiens, il évoque au Dr Bensaïd son travail qu'il aime puis qu'il n'aime plus, le courage que lui donnent ses collègues lorsqu'il doit travailler en extérieur dans des conditions parfois rudes. D'ailleurs, avec beaucoup il a développé de vrais liens d'amitiés ; il les côtoie après le travail, si bien que sa femme et ses filles lui manquent peu avant leur arrivée. Ce sont bien ces conditions de travail difficiles et son rapport au risque qui structuraient sa vie : la peur et l'anxiété qui amenaient des attitudes de défi avec l'illusion de pouvoir maîtriser le risque. Il évoque aussi l'importance de sa famille et de pouvoir les faire vivre décemment, l'amour

inconditionnel qu'il nourrit pour sa femme et ses filles. D'ailleurs, il est depuis peu le père d'une troisième fille, née en France.

Finalement il lui est devenu de plus en plus difficile de cumuler vie professionnelle et vie privée. Il a le sentiment d'être défaillant d'un côté comme de l'autre, ce qui renforce son isolement. S'ensuit une crise psychique majeure qui le pousse à voir son généraliste puis un psychiatre donc.

Abordons maintenant les concepts de la psychopathologie du travail par l'abord psychodynamique de Dejours.

3.2. La centralité du travail et la normalité

Pour Dejours, le travail est le chemin incontournable vers l'émancipation : il implique la mobilisation de l'intelligence individuelle singulière et de l'intelligence au pluriel, de la coopération au sein du groupe de travail. Il peut ainsi être placé au centre de la lutte pour l'émancipation (c'est bien par le travail et le rapport au travail que les femmes parviennent à s'émanciper de la domination des hommes). Il en devient alors un pôle essentiel de la construction identitaire, qui contrairement à la construction de la personnalité est en constante évolution et peut passer par des crises. Si le pôle travail est mis à mal, le noyau de vulnérabilité du sujet va s'en trouver fortement ébranlé. Pour mieux comprendre, François Sigault propose une articulation de l'identité en trois pôles : autrui, réel, ego. Basé sur cette première pyramide, il propose le triangle de la psychodynamique du travail : travail (ego), souffrance (réel), reconnaissance (autrui).

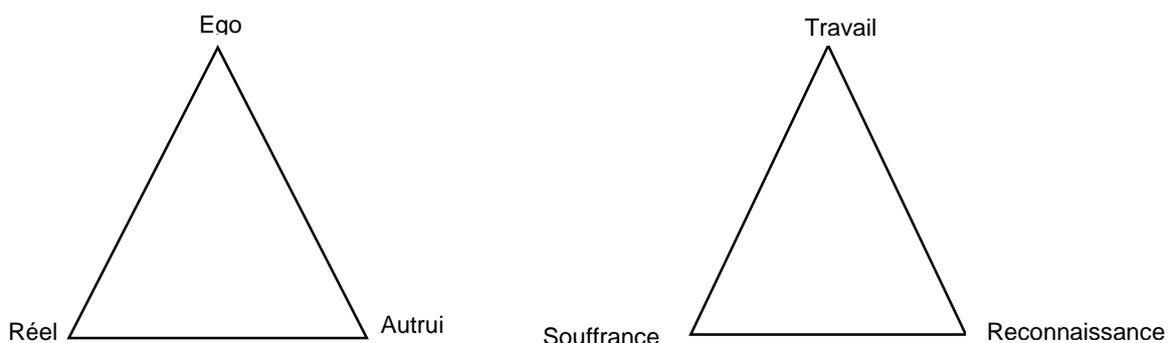


Figure 4. Pôles identitaires, d'après François Sigault

Le triangle peut rester dynamique et s'équilibrer lorsque le sujet se sert de ses ressources pour maintenir l'équilibre des forces acceptable et non menaçant. Pour Dejours, il n'y a pas de corrélation directe entre organisation du travail et conséquences psychopathologiques. Il y a, entre ces deux entités, un relai qui se situe à l'intérieur du sujet et qui est bien la relation à la contrainte. C'est à travers la mise en jeu de ce lien que le travailleur reprend à son compte la contrainte tout en lui faisant subir une déformation pour la rendre plus acceptable, par des mécanismes adaptatifs et ainsi conjurer le risque de décompensation physique ou psychique au service de la stabilité de l'identité. Les stratégies mises en place visent donc bien à négocier le lien avec la contrainte afin que celle-ci reste confortable et cohérente au regard de soi-même, du groupe, et de la tâche à effectuer.

La normalité résulte du maintien à l'équilibre de ces trois forces, elle serait donc un état instable que le sujet cherche à maintenir malgré la confrontation aux contraintes délétères. Lorsque cet équilibre est déstabilisé ou qu'un des pôles est inexistant ou non en lien avec les autres, il peut y avoir souffrance.

La normalité peut être souffrante tant qu'elle permet la protection contre la décompensation.

Il suffit de voir comme le travail peut être outil de réinsertion et de réhabilitation sociale, par les rencontres qu'il permet et la mobilisation des capacités physiques et intellectuelles qu'il impose. Nous voyons tous les jours auprès de nos patients, comme le travail peut être structurant même sans parler d'activité rémunératrice. En effet, nombre de patients psychotiques sont bien moins aux prises avec leurs hallucinations et bien moins isolés lorsqu'ils peuvent mettre leurs capacités et leurs compétences au service d'une activité au sein d'une groupe. La normalité est dans ce cas souffrante mais les forces sont équilibrées et le risque de décompensation aiguë s'éloigne.

<p>Le travail est central dans la construction identitaire. Le sujet compose en interne par sa personnalité et ses ressources pour maintenir les forces à l'équilibre et ainsi une certaine normalité. Lorsqu'il n'en est plus capable, et que l'équilibre des forces s'en trouve menacé, il peut y avoir émergence de souffrance.</p>
--

3.3. Le collectif de travail

Pour Dejours, le travail consiste en une formation d'habiletés individuelles qui émergent de l'expérience du corps et de l'appropriation du savoir-faire collectif. Cela suppose une coordination des intelligences pour la construction de relations de coopération au sein d'un groupe pour leur participation à une œuvre commune. Si aucune unité n'est donnée à ce groupe, petit ou grand, soit par l'adhésion forte de chacun à objectif commun ou par attachement à une même personne, le rassemblement se limite alors à la co-présence de plusieurs autres, peut réveiller chez l'individu des angoisses et être à l'origine de désengagement et d'attitudes de fuite. Par l'intermédiaire donc du collectif de travail, la coordination des intelligences émergent et se pérennisent. Chaque travailleur, doit accorder son activité à un collectif de travail qui entretient et remanie les règles de travail. L'élaboration et la mise en place de ses règles reposent sur un espace de délibération interne. Le but du collectif c'est de faire travailler des gens ensemble qui sont différents, qui ont des qualités différentes, et de tirer de chacun ce qu'il peut avoir de meilleur et en même temps respecter le fait qu'il puisse y avoir des points de faiblesse.

En systémie, on appelle cela l'espace médian. Cet espace médian est une co-construction entre l'individu et l'autre (une autre personne ou une institution). Elle contient un pôle mythique, c'est-à-dire un ensemble de croyances partagées sur la constitution de la relation au travail. Ce pôle mythique assure à la fois une cohésion interne et une protection externe, comme dans un couple par exemple. Ce pôle est donc organisateur. Cet espace commun peut alors déployer des qualités émergentes ($1+1 = 3$) ou des défauts émergents ($1 + 1 = -2$). La violence par exemple, peut être vue comme défaut émergent de la relation, comme la violence dans le couple peut être un défaut émergent de la relation de couple.

C'est aussi cet espace médian du collectif qui permet éventuellement à l'individu qui a des capacités de les transformer en compétences.

<p>L'identité du groupe, qu'il soit grand ou petit, est très importante, sans quoi il s'agit simplement d'un rassemblement de personnes. Les individus sont liés au sein du collectif par des règles et des croyances qu'ils inventent et remanient. L'individu et le groupe partagent un espace commun, appelé espace médian en systémie. Au sein de cet espace peuvent apparaître des qualités ou des défauts.</p>
--

3.4. La reconnaissance

La reconnaissance est essentielle comme processus créateur du collectif de travail. Elle s'appuie sur une rétribution symbolique qui porte sur:

- L'utilité économique, technique ou sociale de la contribution apportée, essentiellement formulés par la hiérarchie, appelés jugements d'utilité.
- La conformité du travail avec les règles de l'art, appelée jugements de beauté et formulés essentiellement par les pairs.

La reconnaissance par les pairs joue un rôle majeur dans la construction de l'identité singulière qui confère au travailleur son appartenance à une communauté, au collectif de travail.

L'accès à la reconnaissance passe donc nécessairement par la définition de critères de jugement (objectif d'utilité et subjectif de beauté). C'est lorsque cette définition est entravée qu'il peut y avoir un risque de décompensation.

La reconnaissance est une notion fondamentale. Elle fait partie intégrante du travail. Elle peut être à la fois ressource individuelle et ressource du collectif de travail.

3.5. La souffrance

Il convient maintenant de définir le champ de la souffrance. René Kaës, dans « souffrance et psychopathologie des liens institutionnels (49) » définit la souffrance comme l'expérience de déplaisir intense inhérente à la vie elle-même. La souffrance surviendrait lorsque nos capacités de maintenir la continuité et l'intégrité de notre moi sont attaquées. Pour Kaës, la souffrance pathologique ne se définirait pas seulement du côté de la désorganisation psychique mais elle serait réellement un empêchement permanent d'aimer, de travailler, de jouer. Elle est donc une impossibilité d'établir un lien d'amour, satisfaisant, c'est-à-dire créateur de vie avec soi-même et avec les autres.

La souffrance renvoie à un affect ou à un état individuel, c'est la question du rapport subjectif à la contrainte (représentée par les formes d'organisation du travail : matière, outils, gestes,

procédures). Il s'agit bien de la faillite des processus internes. Ils échouent à rendre la contrainte qu'est le travail plus acceptable et confortable. Cela peut donc être à l'origine d'une crise identitaire.

Pour Dejours, plusieurs éléments peuvent être source de souffrance :

- L'isolement de l'un des pôles de l'identité et le déséquilibre des trois forces qui s'exercent entre les pôles identitaires
- La discontinuité entre la sphère affective et la sphère professionnelle
- L'organisation du travail en lui-même
- L'entrave des processus de reconnaissance

a. La souffrance par déséquilibre du triangle identitaire

Si l'on reprend le triangle proposé par Sigault plus haut, la décompensation peut survenir si l'un des pôles se trouve isolé du ou des autres. Par exemple, si le sujet est coupé du réel et de la reconnaissance d'autrui, il souffrira de solitude de la folie classique et donc d'aliénation mentale.

Si le sujet entretient par le travail un rapport raisonnable au réel mais que son travail n'est pas reconnu par autrui, il souffrira de solitude aliénante que l'on peut appeler aliénation sociale. Dans ces deux cas, la symptomatologie peut tout à fait être la même malgré une étiologie différente, pouvant aller jusqu'au suicide sur le lieu de travail.

b. La discontinuité entre sphère personnelle et sphère professionnelle

Ensuite, la décompensation peut survenir quand il y a contradiction entre les deux modes d'engagement de la personnalité : sphère affective et sphère du travail. C'est-à-dire lorsque les deux triangles proposés par Sigault que nous avons commentés plus haut, ne peuvent plus se superposer et qu'il y a donc perte de continuité interne du sujet. Anzieu parle de perte d'unité de corps et d'esprit (50). On peut par exemple voir apparaître des angoisses massives. Ces angoisses peuvent donner lieu à des comportements d'évitement par exemple ou des conduites de réassurance, qui si ils sont trop répétés peuvent devenir eux aussi des symptômes : les TOC de lavage par exemple, ou l'augmentation du nombre d'heure de travail comme tentative de

réassurance qui peut déboucher sur une addiction au travail. Pour certains salariés, le clivage est à l'œuvre et permet un parfait équilibre entre vie personnelle et professionnelle. Cet équilibre n'est parfait que lorsque la personnalité est clivée, associée la plupart du temps à une structure perverse de la personnalité. Cela reste rare.

c. L'organisation du travail

Le travail répétitif par division des tâches et interruption de la tâche (qui constitue une plainte majeure du corps soignant aujourd'hui) est pour Dejours, une situation anormale au regard du fonctionnement psychique spontané (51).

A titre d'exemple de l'interruption de tâche, citons le cas des interventions en renfort en chambre de soins intensifs. L'infirmier est interrompu dans sa tâche initiale pour répondre à une autre demande. Il se rend dans un autre service, où les règles sont parfois différentes, pour une tâche précise et au cours de laquelle il risque en plus d'être exposé à de la violence. Il retourne ensuite dans son service d'origine où il ne peut pas terminer la tâche initiale qui aura sans doute été achevée par un autre soignant.

Il est aisé de voir comme cela peut désorganiser le travail et le sujet surtout. Pour Dejours, le travailleur peut y perdre son identité, ne plus être conscient du processus dont il est victime ni même avoir conscience de l'origine de ce processus et ne plus être en mesure de réagir à la contrainte organisationnelle inhérente au travail créant encore plus de souffrance.

Pour Dejours, la division des hommes, place chacun à une tâche, un rôle extrêmement précis et rigide. Cela amène à une codification stricte et rigide de toutes les relations de travail dans le sens horizontal comme dans le sens vertical. Le système relationnel imposé entre alors en rivalité avec celui qui se serait créé « naturellement » si les acteurs étaient libres. Les processus de reconnaissance aussi s'en trouvent forcément gelés.

d. L'entrave des processus de reconnaissance

Une autre cause de souffrance peut être l'entrave des processus de reconnaissance par l'altération de la relation de communication qui inclut des valeurs telles que la transmission, l'apprentissage, la restitution, l'attribution. Egalement, une stratégie de coping individuelle qui

ne serait pas en accord avec le reste du groupe au regard des croyances et des règles qu'il partage serait à l'origine d'une exclusion du collectif pour le travailleur, rendant donc impossible la reconnaissance. Egalement, la codification et la rigidification des relations de travail peuvent altérer gravement la reconnaissance. Enfin, l'évaluation individualisée, renforçatrice de la division des hommes, qui ruine à la fois la confiance et la loyauté présentes au sein du groupe, est à l'origine d'isolement et de solitude, pouvant aller jusqu'au suicide sur le lieu de travail.

Plusieurs mécanismes peuvent s'intriquer et être à l'origine de souffrance au travail. La déstabilisation du triangle identitaire, la discontinuité entre la sphère professionnelle et la sphère privée, l'entrave des processus de reconnaissance par les nouvelles organisations de travail, les nouvelles organisations de travail en elles-mêmes peuvent être le lit d'une crise identitaire majeure, témoin de souffrance au travail.

3.6. Suicides sur le lieu de travail

Le suicide sur le lieu de travail est pour Dejours un autre symptôme de la souffrance au travail. Pour lui, il est le témoin que quelque chose a changé dans les négociations entre l'être humain et le travail. Il nous a semblé que ce symptôme devait faire l'objet d'un paragraphe à part vu son caractère brutal et déstabilisant.

Dejours explique la survenue de suicides sur le lieu de travail par l'adjonction de deux phénomènes : les nouvelles organisations du travail avec la répétition des tâches et le harcèlement notamment, qu'il appelle les nouvelles formes de servitude, qui ne peuvent plus être contre balancées par les processus d'entraide et de reconnaissance, du fait la division des hommes.

C'est pour lui ce double phénomène qui plonge les travailleurs dans un isolement profond, à la fois aliénation sociale (par l'empêchement des processus de reconnaissances et donc la rupture avec l'autre) et culturelle (empêchement du lien à ses propres valeurs, particulièrement vrai chez les soignants, concomitamment à l'empêchement des processus de reconnaissance). Il y a génération de la désolation (loneliness au sens que donne Hannah Arendt : désolation). Dans ces deux cas, le sujet se trouverait très isolé, en proie à une solitude pouvant mener jusqu'au suicide.

A la lumière de ces aspects théoriques, nous allons discuter le cas de monsieur S.

3.7. A propos de monsieur S

On peut voir aisément comme le travail est essentiel dans la construction identitaire de monsieur S. C'est bien lorsqu'il a un accident du travail qu'il décompense réellement. On voit comme le travail, tel qu'il le connaissait et malgré des conditions de travail difficiles, lui permettait à la fois d'être en lien fort et d'avoir accès à une grande reconnaissance de la part de ses collègues ; et d'être en accord avec ses valeurs d'homme « responsable de sa famille » par l'envoi d'argent. Cet équilibre lui permettait une bonne santé mentale, lui permettait d'être dans la normalité, sa normalité.

Pour Bensaïd, au moment de l'arrivée de sa famille, le triangle se déséquilibre. La famille devient bien plus proche que ce qu'il avait connu. Il a peur de ne plus assumer sa famille. Les conditions rudes de travail prennent une autre teinte, le risque n'a pas la même valeur. Pour autant, au prix d'une certaine irritabilité et d'angoisse qu'il tente d'apaiser par l'alcool, il parvient un temps à conjurer le risque de décompensation psychique tant le pôle du travail est fort et constructeur malgré une nouvelle organisation du travail mettant à mal les processus de reconnaissance et les relations au sein du collectif de travail. Un temps, la normalité est donc maintenue mais souffrante. A la faveur de l'accident de travail, le pôle travail se trouve mis très en difficulté.

On voit très bien comme, coupé de la reconnaissance d'autrui et coupé de lui-même et de ses valeurs vis-à-vis de sa famille, il souffre d'une authentique aliénation mentale et comme il plonge petit à petit dans un isolement profond et dangereux.

Pour revenir à la normalité, il se trouverait donc contraint de réintégrer pleinement le collectif de travail qu'il a abandonné dans un moment où les notions de solidarité et de loyauté sont particulièrement importantes et également d'être plus présent auprès de sa famille, d'autant qu'il vient d'être père pour la troisième fois.

C'est là qu'il y a contradiction et donc discontinuité entre la sphère professionnelle et la sphère privée. Le triangle identitaire se trouve bien trop déstabilisé et malgré le fait que monsieur tente de faire face, il ne peut pas éviter la crise identitaire. D'ailleurs pour Bensaïd, les voix qui le somment de divorcer et le traitent de lâche seraient un moyen de lui faire réintégrer le collectif

de travail et donc de retrouver une certaine normalité, même souffrante puisque monsieur aurait été contraint de quitter femme et enfants.

Finalement, pour elle, l'intrication de la nouvelle organisation de travail couplée à l'arrivée de la famille provoque un conflit de valeur majeur à l'origine d'une discontinuité entre la sphère professionnelle et la sphère privée qui provoque des symptômes dont la vocation serait de rétablir la stabilité identitaire.

La psychodynamie du travail est construite autour de plusieurs concepts : la centralité du travail, le collectif de travail et la reconnaissance. L'apparition de suicides sur le lieu de travail serait pour Dejours en lien avec le profond isolement des travailleurs dans lequel les plongent les nouvelles organisations du travail.

Revenons maintenant aux spécificités du travail à l'hôpital et en psychiatrie. Dans tous les métiers, les travailleurs sont exposés à divers risques, rassemblés sous le terme de risque psychosociaux. A l'hôpital et en psychiatrie particulièrement, l'un des risques majeurs est la violence.

4. Les risques psychosociaux

Au 18^{ème} siècle, commence à apparaître une sensibilité nouvelle à l'usure du travail. En 1700, le médecin italien Ramazzini publie un Traité des maladies des artisans dans lequel il recense les caractéristiques les plus usantes pour la santé ainsi que les savoirs pratiques des ouvriers et les formes de « pratiques et prudence » mobilisées pour éviter l'usure prématurée (52). Avec la révolution industrielle, on investit les conditions générales de la fatigue et l'intensité des tâches. En 1840, Villermé dresse un tableau de l'état physique et moral des ouvriers. C'est un tournant puisque c'est la première fois que l'on s'intéresse aux conséquences du travail sur la santé mentale des travailleurs. Son analyse repose sur le principe que la santé de l'ouvrier n'est pas dissociable de ses conditions générales d'existence. Il explore l'insalubrité

à travers les conditions de fatigue, d'asservissement, d'excès de rythme, de sous-alimentation, de découragement moral.

La catégorie des risques psychosociaux apparaît dans les années 2000 suite aux divers travaux sur le stress au travail. Il n'en existe pas encore de définition juridique ou d'évaluation statistique. Cependant, en 2008, à la demande du ministère du travail, un collège d'experts formé par l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques) propose le cadre suivant :

Les risques psychosociaux sont définis comme des risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental.

Les risques psychosociaux sont séparés en plusieurs catégories. D'après le ministère du travail, ils se classent en quatre catégories (53) :

- Le stress
- Les violences internes commises par les travailleurs : conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel
- Les violences externes : exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés
- Le syndrome d'épuisement professionnel.

Les facteurs à l'origine des facteurs de risques psychosociaux peuvent être classés en six catégories :

- Intensité et temps de travail : délai et objectifs manquant de clarté, surcharge des tâches professionnelles, intensification des horaires, interruption régulière
- Exigences émotionnelles
- Manque d'autonomie
- Rapports sociaux au travail dégradés
- Conflits de valeurs : conflits intra psychiques consécutifs à la distorsion entre ce qui est exigé et les valeurs professionnelles, ce qui peut être appelé souffrance éthique chez les soignants.
- Insécurité dans la situation de travail : socio-économique (salaire, contrat de travail précaire) et risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail (restructuration et incertitudes sur l'avenir de son métier)

Plus ces facteurs s'inscrivent dans la durée, sont subis, nombreux et incompatibles entre eux, plus le risque est grand de voir émerger les risques psychosociaux.

Ils peuvent être à l'origine d'atteinte à la santé :

- Mentale : épisode dépressif, anxiété, épuisement professionnel pouvant se compliquer de dépression, addictions, suicide
- Organique : maladie cardio vasculaire. Par exemple, on peut citer ce que les japonais appellent le Karoshi qui en est la forme extrême et qui désigne la mort subite par arrêt cardiaque par surcharge ou stress excessif au travail chez les cadres et employés de bureau. D'ailleurs, Karoshi signifie « mort par sur-travail ». En santé, on peut évoquer les troubles musculo squelettiques (syndrome du canal carpien par exemple, particulièrement fréquents chez les ASH).

Il est facile de voir comme les soignants à l'hôpital sont exposés à ses risques psychosociaux. La place importante de la violence est aussi à noter. Les soignants peuvent en souffrir à deux niveaux : l'exposition à la violence en elle-même et la nécessité de s'adapter à un autre rythme de travail avec l'interruption fréquente des tâches pouvant être à l'origine d'un conflit de valeur. Reprenons ici l'exemple des interventions en renfort en CSI.

Il est maintenant inscrit dans le code du travail concernant les risques psychosociaux qu'il convient :

- De les éviter
- D'évaluer ceux qui ne peuvent pas être évités
- Les combattre à la source
- De réfléchir à l'ergonomie des postes
- De tenir compte de l'évolution de la technique
- De rendre le travail moins dangereux
- De planifier les actions de prévention
- De prendre des mesures de protection collective
- De donner des instructions claires pour faire face notamment aux situations difficiles ou d'urgence.

Il existe de nombreuses échelles validées pour évaluation des risques psychosociaux, celle de Karasek par exemple mais aussi des échelles plus spécifiques pour les soignants : la nursing stress scale, non validée en français pour le moment.

Suite à ces recommandations ministérielles, un référent des risques psychosociaux est présent dans chaque structure et entreprise.

La catégorie des « risques psychosociaux » apparaît dans les années 2000 suite aux nombreux travaux sur stress bien qu'ils aient finalement été étudiés depuis bien longtemps. En psychiatrie, les professionnels y sont particulièrement exposés, à divers niveaux. Il convient aujourd'hui de les repérer et de les prévenir.

4.1. La violence

Comme nous l'avons vu, la violence fait partie des risques psychosociaux. Il est fondamental avant d'aller plus loin de proposer ici une définition de la et des violences et d'aborder quelques chiffres pour nous faire une idée de la place qu'elle peut prendre au quotidien à l'hôpital psychiatrique.

La violence a toujours fait partie de la société. Elle est actuellement en net recul du fait de l'apaisement des conflits armés dans le monde. Le professeur Steven Pinker qui a travaillé sur cette question de la violence à travers le temps, nous informe que nous sommes passés en Europe d'un taux d'homicide de 100 par an pour 100 000 habitants au XIV^{ème} siècle à 10 au XVII^{ème} siècle à 1 de nos jours (54).

La question de la violence à l'hôpital psychiatrique n'est pas nouvelle. Daumézon a cité dans sa thèse (55), repris par un extrait d'une lettre adressée au ministre de l'intérieur par un syndicat le 9 octobre 1907 « *Par suite de la suppression de tous les moyens de contrainte (détermination inspirée aux médecins par des sentiments humanitaires qui les honorent), ne sommes-nous pas exposés aux actes meurtriers des inconscients que nous soignons ? Ne sommes-nous pas susceptibles de devenir leurs victimes, quelques-uns d'entre nous ayant déjà payé de leur vie l'insouciance de certaines administrations ? Quelles sont les récompenses et les garanties officielles qui nous sont attribuées ? L'amélioration de notre sort permettrait d'ailleurs le recrutement d'un personnel plus compétent et plus stable : administration, malades et nous-mêmes, tous y gagneraient* ».

Dans un premier temps, il s'agit de faire la distinction entre agressivité, agression et violence, qui n'ont pas les mêmes conséquences et ne viennent pas dire la même chose. Ensuite, nous verrons plus spécifiquement la place que la violence occupe au CHU de Nantes et nous proposerons une réflexion à propos de ce que cette violence vient dire, empêche et permet. Il est également important de rappeler que puisque cette question n'est pas nouvelle à l'hôpital, il est aussi question non pas de la violence en elle-même mais de la relation que les professionnels entretiennent avec elle, de comment ils peuvent ou pas et dans quelle mesure s'adapter.

a. Définition

D'après l'OMS (56), la violence est « *l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fort d'entraîner un traumatisme, un décès, un mal développement ou une carence* ». Cette définition englobe également les comportements suicidaires et les conflits armés. Elle inclut aussi les menaces et l'intimidation. Elle se limite cependant aux violences physiques et à ses conséquences psychologiques et morales, elle n'englobe pas les violences morales provenant de mots, de gestes, d'attitudes ou de décisions institutionnelles sans violence physique.

Pour l'OMS (56), la violence morale est une « *atteinte à la dignité humaine, à l'intégrité morale d'une personne ou d'un groupe et plus précisément atteinte à l'honneur, à la réputation ou à la considération sociale* ». Elle peut être le fait d'un individu ou d'un groupe et aussi d'une institution ou d'une autorité.

Il convient maintenant de distinguer les typologies de violences dont l'hôpital peut être le terrain :

- Le fait violent. Du patient sur le soignant ou du patient sur un autre patient. Il s'agit bien là de violence entre personnes.
- La violence entre soignants, souvent sans acte physique et de l'ordre de la violence morale, peut aussi être classée dans la violence entre personnes.
- La violence institutionnelle : fruit ou génératrice de violence physique, nous y reviendrons plus tard.

En 2013, le bureau international du travail (BIT) (56,57), propose une définition de la violence liée au travail, qui ne peut pas se suffire du seul lieu de travail. Ainsi, cette définition tient

compte de la relation avec l'agresseur, de la pression exercée et des interactions qui ont lieu au travail.

Pour le BIT, la violence liée au travail comprend tous les actes qui sont :

- Réalisés sur le lieu de travail par des superviseurs, des collègues, des clients ou des étrangers
- Réalisés en se rendant au travail ou en tout autre lieu par des superviseurs, des collègues ou des clients

Un acte de violence :

- Concerne les incidents de force ou de puissance infligés par les humains les uns sur les autres, soit physiques, psychologiques ou sexuels
- Peut couvrir les cas de dommages auto infligés, s'ils sont directement liés au travail

Cette définition vient donc compléter celle de l'OMS et permet de rassembler sous le terme « violence liée au travail » l'ensemble de ce qui peut être vécu comme violent par les travailleurs. Quel que soit le sous type de violence, elles peuvent toutes être à la fois terreau et fruit de la violence physique et ainsi venir encore renforcer la violence liée au travail.

Il existe plusieurs types de violence au travail : la violence entre patients, des patients vers les soignants, des soignants vers les soignants, la violence institutionnelle. On peut les rassembler dans la catégorie des violences liées au travail. Cependant, leur origine et leur but sont différents et il convient de ne pas les observer et les traiter de la même manière.

b. Epidémiologie

Afin de répondre à une grogne grandissante auprès des professionnels de soins, l'état par l'intermédiaire de la DGOS (direction générale de l'offre de soins) en 2000 puis en 2005 propose un protocole national entre le ministère de la santé et le ministère de l'intérieur pour améliorer la sécurité des établissements hospitaliers publics et privés. Ce protocole a été modifié

en 2010. S'y est associé le ministère de la justice. Parmi les dispositions de ce protocole, on peut trouver :

- La désignation d'un interlocuteur privilégié pour l'hôpital
- La facilité donnée aux personnels hospitaliers victimes de violences pour déposer plainte
- La surveillance des services d'urgence
- L'établissement d'un système d'alerte privilégié
- La possibilité de diagnostic de sécurité par les services de police ou de gendarmerie au bénéfice de l'établissement ou du cabinet professionnel.

C'est dans ce contexte qu'est créé l'observatoire national des violences en santé (ONVS). En 2017, l'ONVS a recensé 22 048 signalements d'atteintes aux personnes et aux biens (par l'intermédiaire de la feuille d'évènement indésirable) effectuées par 446 établissements sanitaires et médico-sociaux contre 17 596 signalements en 2016 pour 360 établissements. L'augmentation doit être prise avec mesure. Elle n'est pas forcément le reflet de l'augmentation des actes ou des faits violents, elle peut être le témoin de l'engagement de l'ensemble des soignants et la sensibilité de cette question extrêmement brûlante.

La région la plus déclarante est sans surprise l'île de France avec 5682 signalements en 2017. En 2nde position se trouve la Bretagne avec 2080 signalements. La région pays de Loire est 10^{ème} sur 18 régions. Les signalements concernent surtout des atteintes aux personnes et aux biens voire les deux. L'ONVS a, à partir de ses signalements, établi une échelle de gravité, ce qui permet, une catégorisation et donc un cadre sécurisant et légal tant pour nommer que pour accompagner les victimes et particulièrement les soignants.

Cette échelle se décline en quatre niveaux pour les atteintes aux personnes :

- Niveau 1 : injures, insultes et provocations sans menace, consommation ou trafic de substances illicites ou prohibées en milieu hospitalier (comme l'alcool par exemple), chahut, occupations des locaux, nuisances, salissures
- Niveau 2 : menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes. Les atteintes aux biens sont elles aussi séparées en trois catégories (vol sans et avec effraction, dégradation ou destruction de matériel)
- Niveau 3 : violences volontaires (atteintes à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menace avec une arme par nature ou par destination (avec un scalpel, un rasoir ...), agression sexuelle

- Niveau 4 : violences avec armes par nature (arme à feu ou arme blanche), ou par destination, viol ou tout autre fait qualifié de crime.

Sur l'ensemble des atteintes aux personnes en 2017 en France, presque 50% sont des violences physiques, 33% sont des insultes et 17% sont des menaces d'atteinte à l'intégrité physique. Moins de 1% sont des violences avec armes. Les violences de tous ordres, seraient plus fréquentes l'après-midi et les jeudis, vendredis et samedis.

Toujours d'après ce rapport, la psychiatrie est un lieu où le personnel hospitalier est particulièrement exposé aux agressions physiques avec ou sans arme, aux menaces et aux abus verbaux. Le personnel est victime 8 fois sur 10. Au regard des signalements recueillis, il apparaît que le seuil de tolérance des soignants est différent selon les individus, le type de violence, l'ancienneté dans le service, la composition et la cohésion des équipes, l'établissement et la région, probablement également la formation à la gestion de la violence qui offre une qualité de protection, de confiance en soi et en l'institution.

De ce fait, l'ONVS recommande vivement qu'une formation soit accessible à tous les professionnels qui travaillent en psychiatrie « ... *il apparaît indispensable que les personnels suivent une formation pratique à la gestion des violences verbales et physiques* ».

Pour l'ONVS, les facteurs à l'origine de la violence, ceux qu'ils explorent lorsqu'ils visitent les établissements de santé sont :

- Des facteurs humains : les relations entre soignants, entre soignants / soignés, entre soignants / entourage et entre soignants / hiérarchie
- Les facteurs institutionnels et organisationnels, notamment l'organisation du travail
- Les facteurs architecturaux : aménagement et conception des locaux

L'ONVS a été créé dans les années 2000. Il recueille de plus en plus de déclarations de violence par l'intermédiaire des feuilles d'évènements indésirables. Il est difficile de dire si les violences ont réellement augmentées. Cela témoigne surtout de l'engagement des établissements de santé à ne pas accepter comme normale la violence. Les services de psychiatrie font partis des services les plus déclarants et le personnel y est très souvent victime. L'ONVS recommande vivement qu'une formation à la gestion de la violence soit proposée à tous les professionnels exerçant en psychiatrie.

c. Focus sur le CHU de Nantes

Une enquête réalisée au sein du personnel du CHU de Nantes en 2007 par Tripodi (58) montre que plus de la moitié des enquêtés estiment subir des situations d'agressions physiques ou verbales au travail.

Plus particulièrement, le CHU de Nantes a recensé en 2017, 518 feuilles d'évènements indésirables, soit 53 de plus qu'en 2016. La psychiatrie se situe au 2nd rang des déclarants. En conformité avec les données nationales, les atteintes aux personnes se situent en tête de liste avec 62% de signalements pour agression physique par un patient. Le 2^{ème} motif de recours est l'agression verbale par un patient. Les plus déclarants sont les infirmiers puis les aides-soignants et les ASH. Les médecins n'arrivent qu'en 7^{ème} position. En psychiatrie, les trois principaux motifs de recours à la feuille d'évènement indésirable sont : les agressions, le sous-effectif et l'insécurité. Sur le pôle des urgences, pôle le plus déclarant, les motifs de recours sont les agressions, l'insécurité et la canicule. Il est bien évident que le personnel souffre du sous-effectif. Pourtant, cela ne semble pas être perçu comme aussi inconfortable que le sous-effectif en psychiatrie.

En conformité avec les données nationales, le nombre de déclarations d'évènements indésirables et plus particulièrement de violence a augmenté au CHU de Nantes en 2017. La psychiatrie est le second pôle déclarant, surtout pour des injures et des agressions. Les déclarations sont essentiellement faites par les infirmiers témoignant de leur hyper proximité avec cette violence. Les soignants ont bien identifié les origines et les causes de la plupart de ces violences et font la différence avec la violence inhérente à la maladie mentale.

4.2. Les formes de violences

Tout comme pour le travail, la violence peut être appréhendée comme une contrainte avec laquelle le travailleur doit composer. En effet, comme nous l'avons vu, la violence est une composante voire presque une spécificité du travail en santé et particulièrement en psychiatrie. Il s'agit donc de s'intéresser parallèlement aux deux aspects de la violence :

- L'acte violent et la violence directe reçue, dont il faut savoir se protéger et qu'il faut pouvoir contenir rapidement, chimiquement, voire physiquement, la prévention secondaire en somme, une fois que l'acte violent est posé.
- La violence par ricochet, c'est-à-dire les effets de l'acte violent, surtout lorsqu'il se répète, tout ce qui peut en somme être regroupé sous le terme de violence institutionnelle. C'est ici qu'il s'agit de s'intéresser non pas à l'acte lui-même mais bien au lien qui unit le travailleur à la contrainte « violence ».

Il s'agit donc de comprendre d'où peut naître cette violence, de la questionner, questionner la place qu'elle prend au sein de l'institution, ce qu'elle autorise. Il est beaucoup revenu dans les entretiens que nous avons pu mener avec les soignants cette question de la violence. Notamment, la violence des patients sur eux, qui viendrait justifier l'usage parfois rapide de la CSI et des contentions et la revendication de l'hyper sécurité.

Il est important aussi de parler de ce que la violence empêche notamment en termes de créativité et d'autonomie. Il est impossible de travailler dans la peur.

Pour Schrode (59), l'objectif à poursuivre n'est surtout pas d'éradiquer la violence ou les passages à l'acte violents mais bien de l'appivoiser puisque nous y participons tous, c'est-à-dire bien de négocier avec elle. En effet, actuellement nous nous trouvons dans une ambiance où la protection est à l'avant-scène allant parfois jusqu'à l'hyper protection, la sur-sécurisation. Le risque est que cette hyper protection empêche la souffrance d'être parlée et empêche donc de comprendre ce qu'elle vient dire de ce besoin commun de retrouver le sens du soin centré sur la personne dans son individualité. La violence serait donc plus un fait collectif qu'une entreprise individuelle.

Tous les soignants n'entretiennent pas le même lien avec la violence et toutes les équipes non plus. Si elle est évidemment inacceptable pour tout le monde, elle peut empêcher par exemple d'être pensée si n'est pas appréhendée que sous l'angle sécuritaire.

Alors, on va attendre du patient mis en CSI, une « critique de son comportement », on se penchera moins sur ce qu'elle est venue dire de la distorsion de la relation entre le patient et l'équipe ou de la distorsion de la relation entre le patient et sa maladie.

Elle peut donc empêcher de penser du côté patient comme du côté soignant.

Elle impose parfois de prendre des mesures exceptionnelles comme la contention, ce qui peut être à l'origine d'une grande souffrance éthique, notamment lorsqu'il s'agit de patients mineurs.

En effet, si elle impose des mesures exceptionnelles, elle les autorise pour chaque patient violent. Elle permet également de faire se regrouper l'ensemble des soignants autour d'une cause commune, ce qui peut permettre de fédérer le groupe, mais qui peut aussi mener, si le mythe institutionnel est perdu, à réduire le groupe des soignants à un stade archaïque où seule l'agitation est possible.

Et finalement, elle finit de façon pernicieuse par s'infiltrer à chaque étage de l'institution.

Il est de notre devoir de la prévenir, à tous les niveaux, mais aussi de garder des espaces de pensée afin de ne pas, par notre agitation, contribuer à la maintenir.

a. L'acte violent

Pour Raymond Panchaud, infirmier en psychiatrie (60), il est important de distinguer deux formes de violence : celle qui relève du soin psychique et celle qui relève de la loi, souvent à l'origine de la perte de sens du soin pour les soignants. Cela fait de la violence pour Panchaud, le soin le plus difficile car le plus impliquant et parce qu'elle vient interroger au quotidien la cohérence du travail. Il existe pour lui, un véritable danger à tomber dans l'outrance sécuritaire où l'espace de pensée n'existe plus. Il convient, lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre psychopathologique, de voir la violence comme un symptôme, une expression d'une impasse, d'un désespoir, ou une manière de rester en lien. Il serait très dangereux, très enfermant, de voir la dangerosité comme interne au sujet (61).

Pour Bandura, psychologue canadien, l'agression au sein de l'institution peut être expliquée par la désindividuation. Pour lui, la perte de l'identité personnelle des travailleurs (il prend l'exemple des forces de l'ordre et des gardiens de prison), l'anonymat pourrait encourager le passage à l'acte violent puisque l'agresseur ne peut pas contacter les valeurs ou la morale de l'autre. De même, lorsque les professionnels interviennent en groupe, ils peuvent être perçus comme moins humains et donc plus susceptibles d'inciter la violence.

A propos de l'acte violent, Enriquez nous explique que l'institution a vocation à favoriser l'expression des pulsions, et donc de la pulsion violente, à la condition qu'elle puisse être métaphorisée et métabolisée en désirs socialement acceptables et valorisables (62).

L'acte violent peut être du fait de la pathologie. Dans ce cas, c'est à l'institution qu'il revient de pouvoir le contenir, le mettre en sens pour le faire s'inscrire dans l'histoire du sujet. Le fait violent qui relève de la loi est à l'origine d'une grande incompréhension et d'une perte de sens du soin de la part des soignants.

b. La violence des familles

Schrode (59) propose, par l'abord systémique, des ébauches d'explication de la violence des familles, auxquelles il convient d'être attentif. Elle résume comme suit les différentes situations qui peuvent donner lieu à de la violence, de tous ordres de la part des familles :

- Le non-respect du mandat : c'est-à-dire le non-respect de l'engagement pris par l'institution vis-à-vis des attentes de la famille
- La peur
- La disqualification de l'attitude des familles dans le discours soignant
- Les alliances illégitimes : c'est-à-dire lorsque les soignants s'affilient à un membre de la famille en particulier, sans que cette alliance n'ait obtenu validation de l'ensemble de la famille
- La banalisation de ce que les familles peuvent éprouver
- La dramatisation de ce que les familles peuvent éprouver et la culpabilité qu'elle peut induire
- La toute-puissance, au moins du discours voire de l'attitude soignants
- L'impuissance de l'institution et des soignants face à ce qui menace les familles

La violence peut, comme le travail, être appréhendée comme une contrainte. C'est alors le lien des travailleurs à la contrainte « violence » qui est important et donc ce que les soignants mettent en place pour mieux la supporter : ce que la violence permet et ce qu'elle impose, ce qu'elle empêche et ce qu'elle autorise.

4.3. Les chambres de soins intensifs

Il est ressorti de nos entretiens avec les soignants, une vive impression que les mises en chambres de soins intensifs (ou chambres d'isolement) étaient plus fréquentes, plus longues et de recours plus rapide qu'il y a quelques années. Cela est à l'origine d'une grande part de la souffrance des soignants. Cela peut s'expliquer à deux niveaux. D'abord, les mises en CSI se font la plupart du temps avec « renfort hommes ». Les soignants hommes sont donc soumis dans ces situations à toutes les contraintes de travail poussées au maximum et doivent alors développer des trésors d'adaptabilité pour trouver un sens à leur travail :

- Du côté de l'organisation du travail : ils sont interrompus dans leur tâche en cours dans leur service d'origine
- Du côté de la division des hommes : ils sont d'office désignés pour cette tâche alors que certaines femmes aimeraient aussi s'y essayer et que certains hommes ne sont parfois pas en capacité de l'effectuer
- Du côté de l'exposition aux traumatismes : ils sont exposés à de hauts niveaux de violence sans pouvoir forcément ventiler les émotions et permettre la circulation des affects recréant ainsi plusieurs fois par jour des traumatismes vicariants pouvant être à l'origine de symptômes du spectre du syndrome de stress post traumatique.

La mise en CSI, est source ou découle de situations de violence. Il convient donc de garder cette mesure comme exceptionnelle afin de ne pas ajouter de violence à la violence.

a. Cadre légal et réglementaire de la CSI et de la contention

D'après la loi de janvier 2016 modifiant le code de la santé publique sous l'impulsion des organismes nationaux et internationaux (Conseiller général des lieux de privation de liberté CGLPL, Comité de protection des personnes CPT) :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leurs mises en œuvre doivent faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ». Il s'agit de dangerosité psychiatrique. D'ailleurs, l'isolement doit être utilisé en dernier

recours « *uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. Il doit être pleinement justifié par des arguments cliniques* ». Revient là nous titiller la question de l'acte violent dans le cadre d'une pathologie en opposition à l'acte violent dépendant uniquement de la loi et qui met les soignants très en difficulté.

b. Données épidémiologiques à propos de l'isolement

En France en 2015, d'après les données du Rim-P, 28 100 patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie ont été placés en isolement, soit 8.3%. Ils étaient 6.6% en 2011 et 7.2% en 2013. Au niveau national, le recours à la CSI serait donc plus fréquent. En 2014, 25 000 patients hospitalisés en psychiatrie auraient passé au moins une journée en CSI avec une durée moyenne de 15 jours par patient. 7.6% des patients ont eu au moins 2h d'isolement sur le temps de leur hospitalisation (63).

c. Au CHU de Nantes

En 2017, dans le cadre de son travail de thèse, Olivier Haibe a recensé les données suivantes pour l'année 2016. 1859 patients ont été hospitalisés et ont séjourné pendant 45 406 jours à l'hôpital saint Jacques du CHU de Nantes. 298 patients ont dû être placés en chambre d'isolement et y ont passé 2486 jours. 16% des patients hospitalisés ont eu au moins une journée en chambre d'isolement. C'est un chiffre plutôt haut comparés aux moyennes nationales (64).

Il y a effectivement un taux d'utilisation de la CSI suffisant pour que les soignants y passent beaucoup de temps. Il est donc important que les interventions qui lui sont consacrées, pour le bien être des patients et des équipes, soient au plus près des besoins de chacun.

Après avoir vu la violence comme risque psychosocial, nous allons maintenant aborder la clinique de la souffrance psychique au travail.

La CSI et la contention doivent rester des pratiques de derniers recours. Pourtant, elles sont, au niveau national de plus en plus utilisées. Les soignants y consacrent du temps et ces situations peuvent être à risque, de violence physique et de violence psychique. Il est donc fondamental que les interventions en CSI, et de plus s'il y a contention, soient pensées avec l'ensemble de ces paramètres pour permettre une appréhension sereine de ces situations.

5. Entités cliniques de la souffrance psychique au travail

Bien qu'il existe depuis longtemps dans la littérature, le concept d'épuisement professionnel naît pour les psychiatres et les psychologues en même temps que le burnout dans les années 1960. En effet, en 1911, Siegbert Schneider, médecin allemand répertorie un type de neurasthénie affectant les instituteurs et dont les symptômes sont très variables et aspécifiques (troubles du sommeil, hypersensibilité cutanée et auditive, migraine, fatigue, troubles de la concentration...). Plus tard, entre deux guerres, Myers propose la notion de fatigue industrielle. Enfin, en 1956, la description d'une névrose des téléphonistes ouvrent la voie de la psychopathologie du travail. Egalement, les auteurs fournissent bon nombre d'exemples d'épuisement : Flaubert, sacrifiant sa vie sociale à son incroyable appétit de travail, ou le « travailleur zélé » décrit par Nietzsche, sacrifiant sa « vertu » au prix de sa vie.

Il est important ici d'évoquer le Karoshi, qui voit le jour en parallèle du concept de burnout chez les japonais dans les années 1970. Pour Hosokawa, Tajiri et Uehata, médecins japonais à l'origine de ce concept, il s'agit de la mort subite par « sur travail » de cadres ou d'employés de bureau par charge de travail ou stress important. Il s'agit de la forme la plus extrême de complication cardio vasculaire liée à un temps de travail excessif. Le Karoshi est reconnu maladie professionnelle au Japon.

Il est important aussi d'évoquer ici le bore out, entité nouvelle dans la catégorie de l'épuisement professionnel. Nous avons fait le choix dans cette thèse de ne pas évoquer le bore out qui est également une forme d'épuisement professionnel par activité insuffisante et répétitive. Il s'agit d'un processus qui, compte tenu de l'organisation du travail à l'hôpital ne touche pas ou peu les professions soignantes. De même, nous avons choisi d'aborder ici uniquement les entités

cliniques psychiatriques de l'épuisement professionnel et nous ne ferons que survoler les complications somatiques. Cependant, le bore out et le Karoshi apparaissent dans la modélisation proposée par l'équipe de Chapelle en fin de chapitre.

5.1. Le burnout

a. Historique du burnout

Le verbe « to burn out » est utilisé pour la première fois par Shakespeare en 1599 dans son recueil « the Passionate Pilgrim ». Le mot intègre le vocabulaire anglais en 1900 où il désigne un excès de travail entraînant une mort précoce. C'est à la fin des années 1960 que le psychiatre américain Freudenberger nomme pour la première fois sous la forme de burnout la démotivation physique et psychique des employés très impliqués d'un centre alternatif d'aide à la désintoxication (65). Au fil du temps et selon les chercheurs, le burnout a eu plusieurs définitions. Il a été tantôt défini comme un état, tantôt comme un processus dynamique.

b. Approches interactionnistes : Freudenberger, Lauderdale et Meier

Pour Freudenberger, c'est l'engagement des travailleurs qui, s'il est trop excessif, peut être à risque de burnout. Les travailleurs les plus engagés sont mus par l'idéalisme et la recherche de buts tels que la reconnaissance et la gratitude. Leurs attentes sont rapidement attaquées par la confrontation à la réalité et à la routine. Le burnout est alors « un état de fatigue et de frustration, de dépression provoqué par l'engagement dans une cause, un mode de vie ou une relation et qui échoue à produire les résultats escomptés ».

Lauderdale distingue trois stades de burnout : la confusion (sentiment vague de malaise), la frustration (insatisfaction, colère, dorsalgie et céphalées modérées) et le désespoir (sentiment d'insuffisance, cynisme, méfiance, apathie). Pour lui, le burnout naît lorsque la réalité ne répond pas ou plus aux attentes que le sujet avait placées dans son travail, sa carrière et sa vie personnelle. Cela s'expliquerait par l'accélération des temps sociaux d'après-guerre.

Pour Meier, le burnout est « un état dans lequel les individus attendent du travail une faible récompense mais une forte punition en raison du manque de renforcement auxquels ils attribuent de l'importance, de résultats contrôlables ou de compétences personnelles ».

c. Approche transactionnelle : Cherniss

Dans cette lignée, Cherniss définit le burnout comme un processus qui se déroule en trois parties : une étape de stress professionnel où les exigences dépassent les ressources, une étape de tension (« strain »), phase de réponse émotionnelle au stress dominée par l'accablement, l'anxiété et l'épuisement. Enfin, une dernière étape dite « de coping défensif » qui amène diverses modifications attitudinales et comportementales qui ne procurent qu'un apaisement passager (détachement, cynisme, demandes de gratification). Il s'agit du premier modèle transactionnel qui n'est pas sans rappeler les travaux de Karasek puis plus tard de Lazarus et Folkman.

d. Approche séquentielle : Maslach et Leiter

Christina Maslach et William Leiter (66–69) proposent le burnout comme un écartèlement entre ce que les gens sont et ce qu'ils doivent faire. Il représenterait une érosion des valeurs, de la dignité, de l'esprit et de la volonté : une érosion de l'âme humaine. Cette souffrance se renforcerait progressivement et continûment, aspirant le sujet dans une spirale descendante dont il est difficile de s'extraire. Selon Maslach, il est important de ne pas définir le burnout comme une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique mais bien comme une « *spirale dangereuse susceptible de conduire au basculement dans la maladie qu'elle soit psychique ou organique stricto sensu et ainsi à la désinsertion sur le plan professionnel, social et familial* ».

Pour eux, le burnout est différent de la dépression puisqu'il s'exprime en premier lieu dans la sphère professionnelle. Le burnout est un processus, quand la dépression est un état. De la même façon, il s'agit de ne pas confondre burnout et workaholism qui définit le concept de dépendance au travail et que nous aborderons plus tard. Les travaux de Maslach et Leiter centrent la définition du burnout autour de 3 axes, explorés par le MBI (Maslach Burnout Inventory):

- l'épuisement émotionnel : contre lequel le sujet développe diverses stratégies d'évitement (désinvestissement, rigidité, hyperactivité)

- le cynisme vis-à-vis du travail : dépersonnalisation ou déshumanisation ou perte d'empathie (désengagement relationnel, mise à distance, réification de l'entourage et des tiers, perte des idéaux)
- la perte de l'accomplissement personnel au travail (sentiment d'inefficacité et d'incompétence, dévalorisation).

L'étiologie est ici organisationnelle : surcharge de travail, manque de contrôle, insuffisance des rétributions, effondrement du sentiment collectif, manquement à la justice et conflits de valeur sont les six facteurs impliqués.

Le MBI, outil validé, est organisé en trois axes et 22 items. Chaque item est coté de 0 à 6 selon que la personne répond :

- jamais : 0
- quelques fois par an : 1
- une fois par mois : 2
- quelques fois par mois : 3
- une fois par semaine : 4
- quelques fois par semaine : 5
- chaque jour : 6

Le score d'épuisement émotionnel est calculé sur 9 items, par l'addition des scores aux questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.

Le score de dépersonnalisation est calculé sur 5 items par l'addition des scores aux questions 5, 10, 11, 15, 22.

Le score d'accomplissement personnel est calculé sur 8 items par l'addition des scores aux questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

L'interprétation du MBI est simple :

	Épuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Élevé	27 ou plus	13 ou plus	inférieur ou égal à 30
Modéré	17 – 26	7 – 12	31 – 36
Bas	0 – 16	0 – 6	37 ou plus

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou bas d'accomplissement personnel suffit pour parler de burnout. En fonction du nombre de dimensions atteintes, on distingue des stades de gravité :

- Faible : seule une dimension est atteinte
- Moyen : atteinte de deux dimensions
- Sévère : atteinte des trois dimensions

Il existe d'autres outils validés de dépistage du burnout. Le MBI est le plus usité dans la littérature.

Dans la lignée Maslach, on trouve le modèle de Gil-Monte, qui définit le burnout comme une réponse à un stress professionnel chronique résultant de difficultés interpersonnelles. Il se caractérise par une détérioration cognitive (perte d'enthousiasme à l'égard du travail), émotionnelle (épuisement psychologique) et comportementale (indifférence, indolence, retrait). L'indolence est une stratégie de coping permettant de surmonter la détérioration émotionnelle et cognitive. Certains sujets la jugent inacceptable et développent un fort sentiment de culpabilité.

e. Approche de Pines et Aronson

Pour Aronson, le burnout est « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental provoqué par une longue implication dans des situations émotionnellement exigeantes ». Il s'agit d'une perspective plus existentialiste qui considère que la motivation à choisir une profession d'aide est liée à un besoin de croire que la vie fait sens et que chaque action est précieuse et utile à son prochain.

f. Approche de Farber : la limite entre burnout et workaholism

Farber définit trois types de profils de burnout :

- Le type frénétique : caractérisé par l'implication, l'ambition, la surcharge de travail. Il s'agit d'un sujet enclin à travailler toujours plus et toujours plus dur devant une frustration. Il est motivé par l'ambition et le besoin de reconnaissance, il fonde son investissement sur des considérations morales, l'altruisme et la vocation. Il a du mal à admettre ses limites, néglige parfois ses propres besoins. Il est très proche du workaholic.
- Le type sous stimulé : caractérisé par l'indifférence, l'absence de développement personnel et l'ennui. La prévention du burnout passe ici par l'accroissement des perspectives de développement personnel et professionnel.
- Le type épuisé : caractérisé par la négligence, la perte de contrôle et l'absence de reconnaissance.

Ce modèle est proche de celui de Maslach puisque ces trois profils peuvent tout à fait correspondre aux trois étapes qu'elle décrit : l'implication dans le travail passant par une phase d'hyper investissement et d'hyperactivité, puis distanciation et indifférence puis épuisement.

g. Symptomatologie du burnout

Schaufeli et Enzmann ont recensé dans la littérature pas moins de cent trente symptômes du burnout, identifiés au sein d'études mal contrôlées. Ils ont donc proposé une classification de ces symptômes la plupart du temps non spécifiques.

- Les manifestations physiques et émotionnelles regroupent : fatigue chronique ne cédant pas au repos, troubles du sommeil, douleurs musculo squelettiques, troubles gastro intestinaux, transpiration, angoisse, affaiblissement des défenses immunitaires, tachycardie, hypercholestérolémie, hypertriglycémie, hyperuricémie, hypercholestérolémie.
- Les manifestations interpersonnelles, attitude et comportementales regroupent : mauvaise hygiène de vie, moindre pratique sportive (sauf en phase initiale), addictions, moindre tolérance à la frustration, irritabilité, agressivité, baisse de l'estime de soi,

tristesse, anxiété, sentiment d'impuissance, désengagement professionnel, détérioration des relations interpersonnelles.

Plus tard, Burisch propose de répartir les symptômes en sept grandes catégories beaucoup plus détaillées:

- Les symptômes d'alerte de la phase initiale avec consommation énergétique excessive et épuisement
- La réduction de l'engagement : envers les patients, envers autrui en général, envers le travail, relèvement des exigences
- Réactions émotionnelles et rejet de la faute : dépression, agressivité
- Démobilisation : diminution de l'activité cognitive, démotivation, perte de créativité
- Dédifférenciation
- Superficialité : de la vie émotionnelle, de la vie sociale, de la vie spirituelle
- Réactions psychosomatiques
- Désespoir

D'après Bernardine en 2010, il n'existe pour le moment pas de bio-marqueurs liés au burnout mais les résultats de leur méta analyse tendent à montrer une augmentation du risque cardio vasculaire chez les personnes souffrant de burnout avec notamment augmentation de la pression artérielle, du cortisol sanguin et salivaire (70).

Le burnout est un concept récent. Il s'agit d'un processus qui se fait en trois temps : une phase de confrontation à la réalité, une phase d'hyper activité et une phase d'épuisement. Il se constitue autour de trois entités : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation et la perte de l'accomplissement personnel. Le MBI est un outil validé qui permet de l'explorer et qui est le plus souvent utilisé. Les symptômes du burnout sont nombreux et aspécifiques.

5.2. Le traumatisme vicariant

Le terme de traumatisme vicariant a été utilisé pour la première fois en 1990 par McCann et Pearlman (71) pour définir la réaction des thérapeutes aux événements traumatiques rapportés par leurs clients. Il s'agit pour eux du processus par lequel l'expérience intérieure d'une

personne est modifiée de façon négative suite à un engagement empathique avec un individu présentant un traumatisme. Le concept du traumatisme vicariant décrit par Pearlman et McCann est la transformation dans les schémas cognitifs et les systèmes de croyance, résultat de l'engagement empathique avec les sujets survivants d'expériences traumatisantes (de guerre ou catastrophes naturelles au départ). Cela entraîne des perturbations significatives sur le sens du soin, l'identité et la vision du monde. Ce concept est basé sur les nombreuses observations dans les années 1970 – 1980 de plusieurs psychiatres et psychologues s'occupant de traumatisés de guerre notamment (71) ou de victime de violences sexuelles.

Pour McCann et Pearlman, le traumatisme vicariant va plus loin que le « simple » contretransfert puisqu'il implique que l'état cognitif du thérapeute ou de la personne exposée au matériel traumatique peut être altéré sur une longue durée.

Il s'agit donc là de toutes les situations dans lesquelles les soignants sont exposés à des récits douloureux de la part des patients, ou de la part de collègues. Cette situation est à distinguer des situations dans lesquelles les soignants sont victimes d'un traumatisme tel que les situations d'agressions ou les suicides dans les services et dans lesquelles la symptomatologie qu'ils peuvent développer est bien celle du trouble stress post traumatique d'emblée.

Figley et son équipe observe que les professionnels développent des symptômes tels que cauchemars, flash, troubles de la mémoire, irritabilité, somatisations et symptômes du syndrome du survivant, conduites d'évitement (72) que l'on retrouve dans le trouble stress post traumatique.

Figley décrit les conséquences émotionnelles et comportementales naturelles après le récit traumatisant d'une personne proche que le soignant souhaite aider comme le stress secondaire.

Aujourd'hui, le traumatisme vicariant et le stress secondaire font presque l'objet d'un critère diagnostique du trouble stress post traumatique dans le DSM V, ce qui n'était pas le cas dans le DSM IV. On peut y lire (73) que pour répondre aux critères d'un trouble stress post traumatique, il faut répondre entre autre au critère A dans lequel on trouve :

- exposition directe
- témoin direct
- événements traumatisants touchants la famille proche ou un ami proche et l'évènement doit alors être violent ou accidentel

- exposition directe de façon répétée ou extrêmes à des détails horribles d'un événement traumatisant (hors médias électroniques, télévision, films ou photos sauf si dans le cadre du travail), définition qui s'approche donc de celle du traumatisme vicariant

Le stress secondaire est un syndrome dont la clinique est proche de celle du trouble stress post traumatique.

Le concept de traumatisme vicariant naît dans les années 1990 par l'observation de vétérans et de traumatisés de catastrophes naturelles. Figley et son équipe lui attribue un spectre de symptôme de l'ordre du syndrome de stress post traumatique. Il suppose que les soignants surexposés à des récits traumatisants de façon répétées vont développer des symptômes rassemblés sous le terme de stress secondaire. Cette entité est très intriquée avec celle du traumatisme vicariant. Elle donne ensuite naissance à un nouveau concept, celui de fatigue compassionnelle.

5.3. Fatigue compassionnelle

Comme le traumatisme vicariant et le stress secondaire, cela concerne notamment les métiers de l'aide : travail avec des traumatisés de catastrophes naturelles ou causées par les conditions humaines, la guerre, le SIDA, les toxicomanes, travailleurs sociaux, éducateurs mais aussi policiers et pompiers.

Il s'agit d'une entité incluant : un effondrement des capacités d'empathie et de compassion associé à des symptômes du registre du trouble stress post traumatique (74). La fréquence de ce trouble varie de 8 à 50% selon les catégories de professionnels. La fatigue compassionnelle est définie par un état de tension et de préoccupation en lien avec les patients traumatisés dont s'occupent les soignants, par la ré expérimentation de l'évènement traumatique en miroir du patient.

Pour Figley, il y a plusieurs variables qui amènent à cet épuisement compassionnel :

- la capacité d'empathie

- l'implication empathique
- la surexposition à des victimes de traumatisme
- la réponse empathique
- le stress compassionnel
- le sentiment d'efficacité
- la distanciation
- la satisfaction
- une trop longue exposition
- les souvenirs traumatiques
- les perturbations de la vie

On peut modéliser cette théorie comme suit (75) :

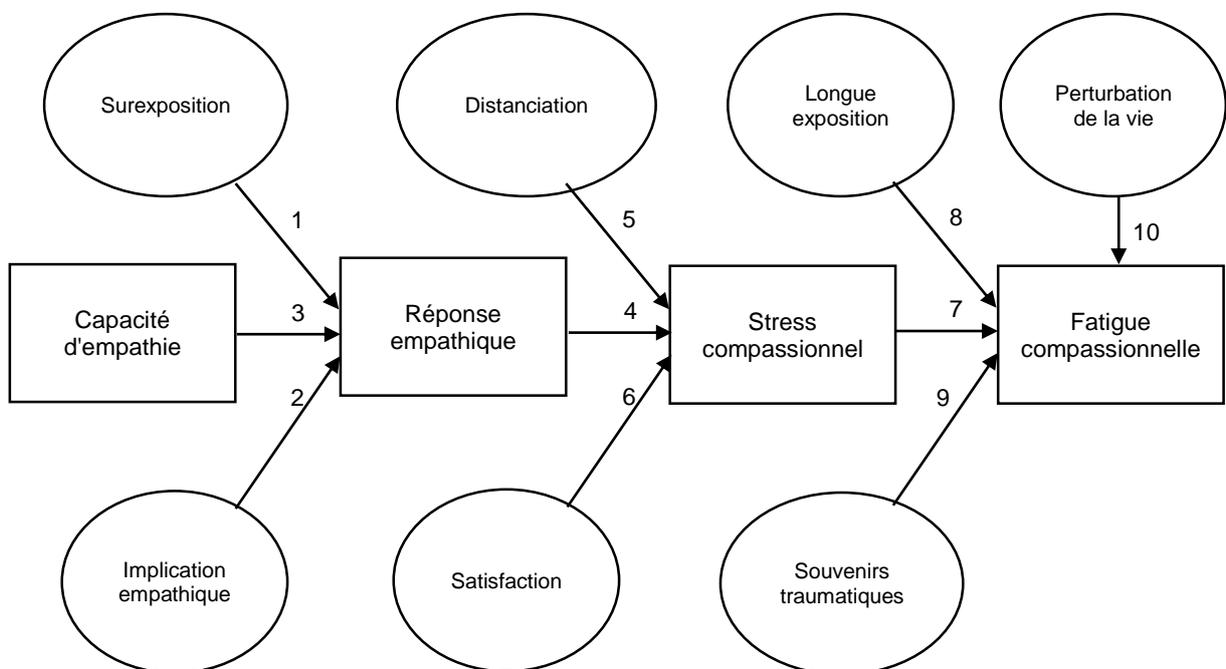


Figure 5 : compassion stress and fatigue model (Figley 1995,1997)

Il est difficile de distinguer l'épuisement de type compassionnel de celui du processus de burnout. Figley l'explique par la différence de fonctionnement des personnes mais la distinction reste peu claire tant il existe de modèles de burnout. Pour lui, dans le processus de burnout, le sujet est dans la recherche d'une mission à accomplir pour lui-même alors que dans l'épuisement compassionnel, le sujet est dans un fonctionnement altruiste.

Egalement, l'épuisement compassionnel se constituerait très vite alors que le processus de burnout serait bien plus long à se mettre en place.

Finalement, l'épuisement compassionnel semble être l'association d'un processus de burnout à un stress secondaire.

Les personnes ayant eux même dans leur histoire un antécédent traumatique seraient plus à même de développer un épuisement compassionnel. En effet, le récit des patients évoquant leur traumatisme ré actualiserait les trauma non résolus et les conflits qui en résultent pour les soignants (76).

Contrairement au burnout, un changement de travail n'est pas la règle puisque la symptomatologie s'améliore dès lors que le sujet reconnaît l'épuisement.

Il est difficile de faire la part des choses entre traumatisme vicariant, stress secondaire et fatigue compassionnelle. Puis entre épuisement compassionnel et épuisement dans le cadre d'un burnout. Il semblerait que la fatigue compassionnelle résulte de l'adjonction du stress secondaire (en lien avec le traumatisme vicariant) sur un terrain de burnout. Faut-il dans ce cas proposer la fatigue compassionnelle comme risque psychosocial plutôt que comme entité clinique à part entière ?

5.4. Workaholism et addiction au travail

Du fait de la définition floue du workaholism, certains auteurs proposent le concept comme étape du processus du burnout dans la période d'hyper investissement. Dans ce cas, c'est l'entité workaholism, associée à des facteurs de risque psychosociaux, sur certains types de personnalité qui serait à l'origine du burnout. Elle pourrait, comme la fatigue compassionnelle être proposée

comme facteur précipitant ou facteur déclenchant. Dans ce contexte, peut-on parler d'addiction au travail comme complication de la multiplication des facteurs de risque psychosociaux ? Ou bien l'addiction au travail est-elle une co morbidité pré existante, alors facteur de vulnérabilité pour le burnout ?

Regardons maintenant plus en détail le concept de workaholism.

Le terme « workaholic » apparaît pour la première fois en 1971, sous la plume de Oates. Il contracte les termes work et alcoholism car il perçoit son lien au travail comme les alcooliques perçoivent leur lien à l'alcool, celui de la dépendance. Depuis, les nombreux travaux à ce sujet n'ont pas permis d'en proposer une définition précise ni de le classer dans l'addiction au travail dans les classifications de maladies (DSM V, OMS ou CIM 10 et 11). Taris et Schaufeli considèrent que les workaholics n'aiment pas tant leur travail que le fait de travailler lui-même : ils intègrent donc des notions comportementales comme le besoin de travailler un grand nombre d'heures et l'obsession pour le travail.

Les facteurs favorisant le workaholism seraient surtout personnels mais peuvent être renforcés par des facteurs organisationnels. Un fort investissement dans le travail est très valorisé actuellement avec des systèmes de récompense, la valorisation des heures supplémentaires. A l'hôpital, il s'agit surtout de faire jouer les valeurs importantes des soignants : de solidarité et d'entraide notamment lorsque l'on demande aux soignants de revenir travailler sur les repos ou de s'auto remplacer.

Effectivement, tous les points de vue théoriques placent l'estime de soi au centre de la problématique et de leur réflexion (77).

Sur le plan personnel, les workaholics développent des inquiétudes disproportionnées pour leur travail, lui donne trop de place, négligeant les tâches domestiques et la vie familiale et privée. Sur le plan professionnel, cela peut être à l'origine de conflits avec les collègues, d'une moins bonne efficacité.

Le workaholism (ou boulomanie dans la littérature française) toucherait de nombreux salariés, certaines études retrouvent 25% (74). Cependant, la prévalence varie du fait de l'absence de consensus clinique et diagnostique. Il toucherait beaucoup les médecins, les dentistes, les avocats, les infirmières et les hommes d'église (78).

a. Cadre théorique de Robinson

Il propose dans les années 1990, une catégorisation basée sur la quantité de travail initié, rapporté à la quantité de travail complété et propose d'ailleurs une échelle, la WART pour mesurer la dépendance. Il définit alors quatre profils de boulomanes, que l'on retrouve dans la figure ci-dessous :

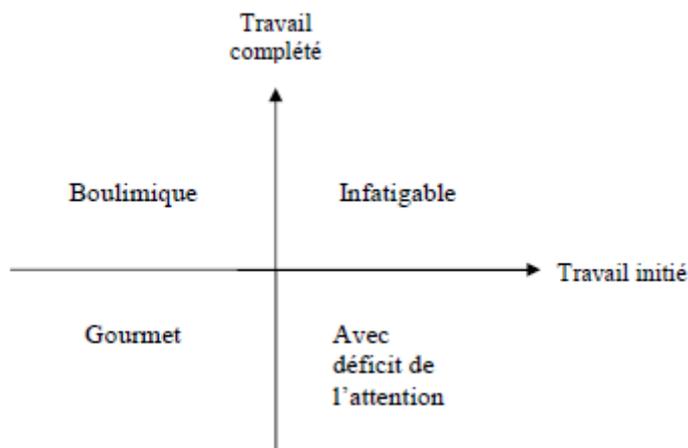


Figure 6 : typologies des workaholiques selon Robinson (2000)

Sa théorie est essentiellement axée sur les conséquences négatives du workaholism et met notamment en cause les nouvelles technologies.

Il associe le profil boulimique à une personnalité perfectionniste dont le but est de protéger un noyau narcissique fragile. Le « workaholic avec déficit de l'attention » ne souffre pas d'un trouble déficit de l'attention à proprement parler, il recherche la stimulation de manière quasi impulsive, la poursuite de l'activité l'ennuie vite. Ce profil est souvent associé à des traits de personnalité psychopathique.

Le profil gourmet fait appel à une grande méticulosité et une grande lenteur, s'approchant de la personnalité obsessionnelle.

b. Cadre théorique de Spence et Robbins

Ils s'intéressent beaucoup à la dimension de plaisir au travail et au caractère compulsif du travail. Ils distinguent trois profils :

- Le workaholic
- Le travailleur enthousiaste
- Le workaholic enthousiaste

Ils ajoutent ensuite la notion d'engagement au travail et individualisent trois autres types de profils :

- Le travailleur désengagé
- Le travailleur détendu
- Le travailleur désenchanté

On peut rassembler ces six profils selon le plaisir, l'investissement et la compulsion dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1: catégories des workaholiques selon Spence & Robbins (1992)

	<i>Plaisir</i>	<i>Investissement</i>	<i>Compulsion</i>
Workaholique	Non	Oui	Oui
Workaholique enthousiaste	Oui	Oui	Oui
Travailleur enthousiaste	Oui	Oui	Non
Travailleur désengagé	Non	Non	Non
Travailleur détendu	Oui	Non	Non
Travailleur désenchanté	Non	Non	Oui

Ils proposent d'évaluer le workaholism par un outil de mesure qu'ils nomment le WorkBAT (pour Work Battery). Ce classement rappelle les différents profils de burnout proposés par Farber : le frénétique, le sous stimulé et l'épuisé.

c. Cadre théorique de Scott, Moore et Micelli

Ces trois chercheurs n'imaginent pas forcément la compulsion au travail comme négative. Ils considèrent que certains travailleurs sont ambitieux, visent la réussite sans conséquence sur leur productivité. Ils sont dotés d'une motivation forte et d'une bonne estime d'eux même. Ils ne cherchent pas à fuir un mal être. Ils décrivent trois profils, en lien là aussi avec certains traits de personnalité :

- Le workaholic compulsif dépendant
- Le workaholic perfectionniste qui est celui qui présente le plus de traits obsessionnels : grande rigidité, inflexibilité, méticulosité, goût du contrôle
- Le workaholic réussite

On peut d'ores et déjà avec ce modèle voir poindre le lien ténu qui peut exister entre passion et addiction, que nous aborderons dans la partie suivante.

Le workaholism toucherait beaucoup les médecins (74). L'étude de Rezvani, menée en 2012 a retrouvé une prévalence de 13% d'addiction au travail dans son échantillon, 34.7% sont à risque et au total 48% présentent soit une addiction au travail soit un risque d'addiction sur 415 médecins du CHU de Nantes (78).

Certains auteurs soutiennent l'idée de départ de classer le workaholism dans le champ de l'addiction comportementale comme Griffiths par exemple qui soutient la notion d'une dépendance sans substance comme les jeux d'argent, les jeux vidéo ou le sexe. Il décrit cela comme une addiction avec : prépondérance au travail (ou obsessionnalité), changement d'humeur, accoutumance, symptômes de sevrage en cas d'impossibilité de travailler, conflits avec les autres ou avec lui-même, rechute si il avait amélioré sa dépendance au travail. Pour lui, le sujet est dépendant et répond aux six critères de l'addiction de Goodman.

Depuis 2012, il existe une échelle de mesure du workaholism, basée sur les précédents travaux, nommée la BWAS (Bergen Work Addiction Scale), proposée par une équipe suédoise Andreassen, Griffiths, Hetland et Pallesen (79). C'est celle que nous avons retenue lors de nos entretiens puisque c'est la plus récente.

Le workaholism, bien que décrit depuis longtemps ne fait pas l'objet d'un consensus clinique clair. Il peut être appréhendé par le prisme de l'addiction ou par le prisme d'une entité du processus de burnout. Il peut avoir des conséquences graves sur la santé physique, psychique et relationnelle du sujet. Ainsi, il convient de savoir le repérer et le traiter même si cela est rendu difficile tant le travail est valorisé dans notre société.

6. Modélisation de l'épuisement professionnel

Chapelle (74) propose une modélisation de l'ensemble des processus d'épuisement au travail.

Modélisation des processus d'épuisement

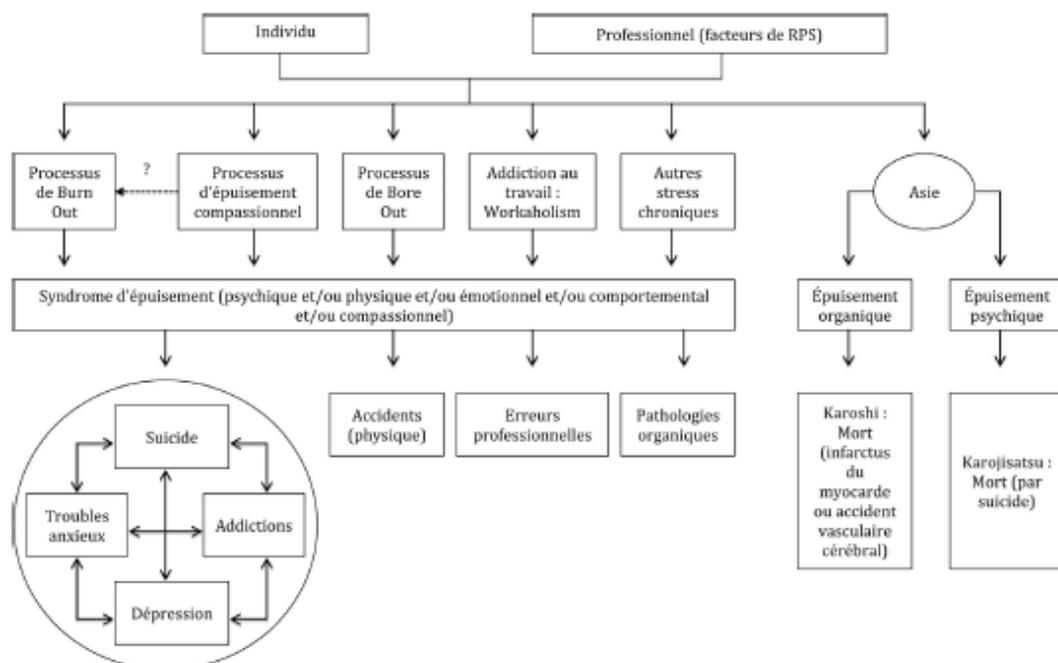


Figure 7 : modélisation des processus d'épuisements professionnels

7. Proposition d'un modèle intégratif de la santé au travail

Inspiré des travaux de Bruchon - Schweitzer

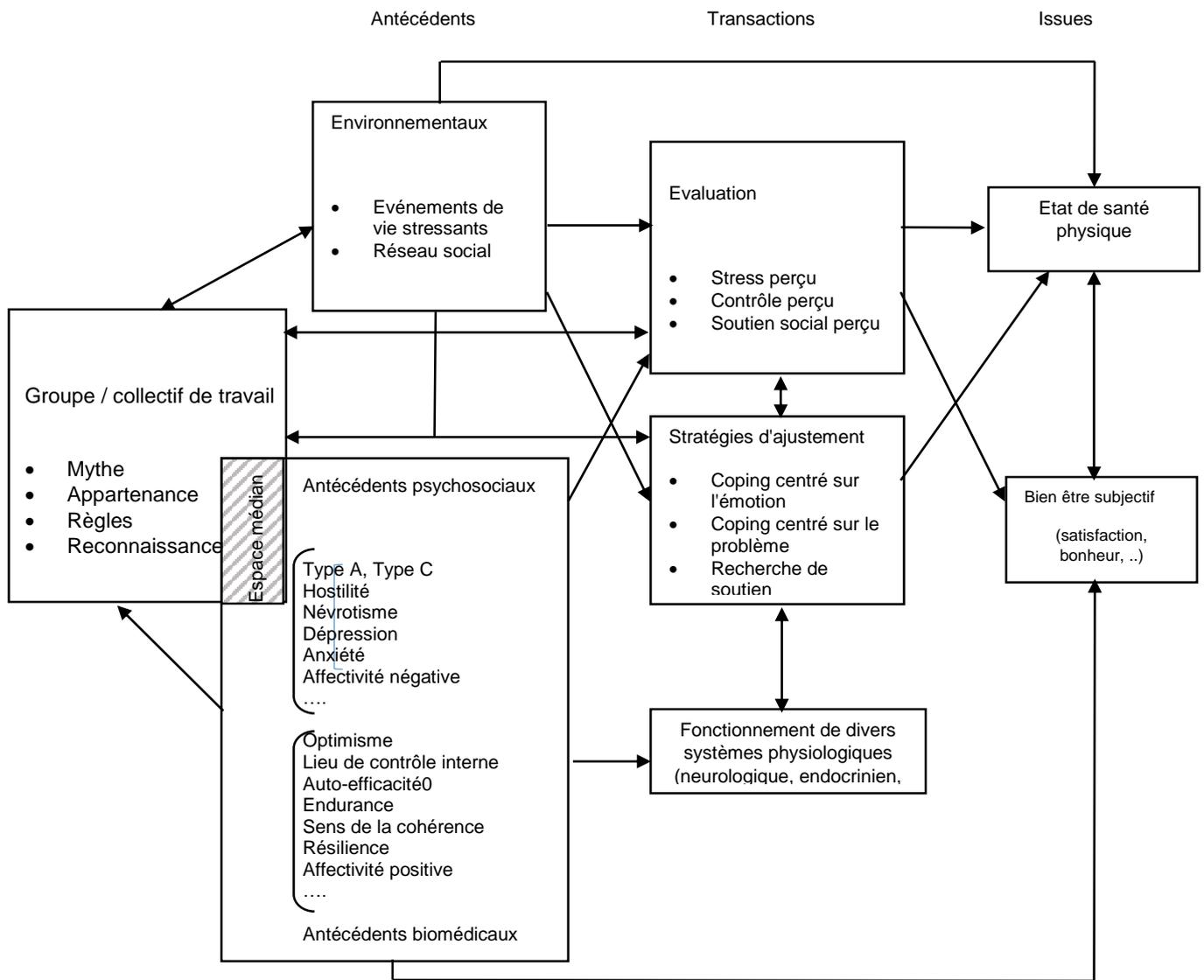


Figure 8 : Un modèle intégratif et multifactoriel en psychologie de la santé, inspiré de Brochon-Schweitzer

Discutons maintenant les deux cas cliniques à la lumière des concepts que nous venons de développer.

8. Discussion à propos des cas cliniques

8.1. A propos d'Henri

Le cas d'Henri reprend la plupart des entités cliniques que nous avons développées. On voit comme il a mis en place de nombreuses stratégies pour s'adapter à ce nouveau travail en psychiatrie qu'il ne comprend pas : il pose des questions, observe, change ses pratiques. Ainsi, il trouve du sens et peut être un certain accomplissement de lui-même dans ce travail. On voit aussi comme le peu de formation spécifique en psychiatrie réduit clairement sa marge d'autonomie, le rendant ainsi plus à risque « job strain » et donc plus à risque de décompenser un trouble physique ou psychique. C'est probablement au moment du passage à l'acte violent du patient sur lui que l'épuisement puis le désinvestissement de la relation commencent à poindre : pour fuir cette image de violence à l'égard du patient et rester dans la normalité. En découle une fatigue compassionnelle : il est devenu très poreux aux discours des patients. Il déshumanise encore plus la relation, probablement à visée protectrice et automatise ses gestes. Jusqu'à ne plus se sentir soignant, diminuant drastiquement son accomplissement personnel au travail

En résumé, on a bien suite à cet épisode de violence :

- Une fatigue compassionnelle puis un épuisement professionnel
- Une déshumanisation de la relation aux patients
- Une diminution de l'accomplissement personnel au travail

On a donc bien les trois entités caractéristiques du burnout, qui dans le cas de Henri, se complique d'une part d'un trouble stress post traumatique et d'un épisode dépressif caractérisé puisqu'un ralentissement psychomoteur franc s'installe. Le trouble stress post traumatique semble s'inscrire plutôt de façon intriquée, le burnout semblant se développer parallèlement. De même, Henri présente une anxiété généralisée. On ne peut pas parler ici de trouble panique puisqu'Henri n'a pas modifié son comportement pour éviter les situations de stress. Au

contraire, il ne s'est pas mis en retrait des situations de violence stressante, mu par la valeur de solidarité et de courage. Il est important de noter ici comme les stratégies de coping mises en place par Henri, ne lui ont pas permis de se protéger.

Notons qu'il s'agit bien là d'un authentique trouble stress post traumatique puisqu'Henri a été directement victime de l'agression, ce n'est pas le récit de cette agression qui fait traumatisme. Cependant, la défenestration sous ses yeux de sa petite amie alors qu'il était très jeune a pu faire traumatisme vicariant et le rendre plus vulnérable à l'épuisement professionnel par fatigue compassionnelle. L'épisode dépressif caractérisé complique semble-t-il ces deux tableaux.

On peut donc résumer la symptomatologie comme suit :

Le stresser, ici l'agression, est à l'origine de la décompensation. Jusque-là, le triangle réel – souffrance – autrui permettait de maintenir un niveau suffisant de normalité au prix de nombreux efforts. Alors, se développe le trouble stress post traumatique qui se complique d'une anxiété généralisée. Elle-même, participe probablement à augmenter le syndrome d'épuisement professionnel qui se développe parallèlement, en lien avec le processus de burnout. Il est difficile de dire si l'addiction au travail s'inscrit comme une co morbidité préexistante le rendant plus vulnérable à l'épuisement et au processus de burnout, comme une complication du trouble stress post traumatique (tentative de reprise de contrôle).

Il est cependant facile de classer cette addiction, dans ce cas comme non positive puisqu'elle rapproche Henri de la catégorie des workaholics dans la classification de Spence et Robbins avec : aucun plaisir au travail mais investissement important, la dimension de compulsion étant moins importante chez lui.

Il est important de noter aussi ce en quoi Henri a pu être fragilisé : la valeur travail, le respect des règles, la loyauté, le courage sont des valeurs fondamentales. Ces valeurs, lorsqu'elles ne peuvent pas être respectées, viennent amener un conflit qui finit par dépasser les ressources et les stratégies de coping dont il dispose.

De la même façon, on imagine aisément comme la division des tâches, lorsqu'il doit intervenir sur un renfort par exemple, peut mettre Henri en difficulté puisque ne pas pouvoir terminer une tâche pour aller aider les collègues va forcément provoquer un conflit de valeur : le travail versus la solidarité. Le respect de la règle (valeur forte chez Henri, appuyée par son passage dans l'armée) versus l'entraide (valeur forte aussi de l'armée). En effet, pour Henri, il est probablement plus cohérent d'intervenir en CSI pour ne pas risquer de ne plus être en lien avec

les autres par l'entrave des processus de reconnaissance plutôt que de « se retirer ». Il risquerait une crise identitaire. Le risque de décompensation est donc conjuré au prix de la peur et de l'angoisse qu'impliquent pour lui le fait d'être potentiellement ré exposé à des situations de violence. Il s'agit d'un cas de normalité souffrante.

Au vu de la symptomatologie présentée, il n'est pas étonnant de retrouver un score HAD élevé et un MBI limite (burnout de gravité moyenne puisque deux des trois dimensions sont atteintes). On note aussi comme le fait d'avoir pu bénéficier de la formation à la gestion de l'agressivité et de la violence lui a permis d'une part une remise en sens de son rôle de soignant et a réinjecté de l'autonomie. Il peut depuis refuser de se mettre en danger sur une situation qui lui est inconfortable. Il s'agit là de la restauration ou de la récupération d'une autonomie dans des situations difficiles et vécues comme menaçantes. Cela réduit le sentiment de conflits de valeur et ainsi réduit la symptomatologie anxieuse qui va de pair avec la symptomatologie dépressive.

Cependant, au vue des scores que présente Henri aujourd'hui, il pourrait être intéressant de lui proposer un traitement médicamenteux : un anti dépresseur à forte dose, de type ISRS dans le cadre de son anxiété généralisée, et de surseoir au maximum à un traitement anxiolytique de type benzodiazépine vu le terrain addict fragile.

En parallèle, il pourrait lui être proposé une thérapie non médicamenteuse de gestion du stress comme une thérapie cognitivo-comportementale, une thérapie brève ou une thérapie méditation pleine conscience. Cette dernière pourrait tout à fait être proposée dans le cadre du travail.

Abordons maintenant le cas de Philippe. Ce cas nous montrera les ressources lors des moments de difficultés.

8.2. A propos de Philippe

A la lumière de ce que nous venons d'exposer, et au vue des résultats de Philippe pour l'HAD, la BWAS et le MBI, on peut le classer dans la catégorie des travailleurs actifs de Karasek avec des exigences fortes mais une autonomie élevée.

Si on se réfère au modèle balance efforts / récompense proposé par Siegrist, la balance est au bon équilibre et permet le maintien de la normalité et permet de conjurer le risque de décompensation.

Le cas de Philippe est intéressant car il met en lumière l'importance des stratégies de coping, qu'elles soient préventives ou curatives.

En effet, lorsqu'il est confronté à une symptomatologie violente, bruyante et très variée, exigeant donc une grande adaptabilité en psychiatrie de l'enfant, Philippe souffre de ce qu'il nomme une dépression. Elle n'apparaît pas tout de suite puisqu'il travaille quatre ans sans problème puis survient la décompensation.

Cependant, il ne rassemble pas tous les critères du DSM 5 pour parler de dépression : il s'agit bien d'une rupture avec l'état antérieur avec une humeur dépressive et la perte d'intérêt mais uniquement dans le champ du travail (en effet, Philippe continue de s'investir dans ses activités de loisirs), il est fatigué, présente des troubles de la concentration et souffre de troubles du sommeil mais il n'y a pas de ralentissement psychomoteur, de pensée morbide, pas de sentiment de dévalorisation, pas de perte ou de gain de poids significatif.

On ne peut donc pas là parler de dépression. Il n'a à l'époque, pas passé de MBI mais au vue de ce qu'il relate de cette période, la suspicion de burnout est forte. Le processus d'épuisement s'est installé lentement, il décrit un moment pendant lequel il s'est « agité », s'est investi beaucoup, ce qui peut correspondre à la phase d'hyperactivité, phase pendant laquelle le sujet met en place des défenses protectrices d'après Dejours et qui permettent donc le maintien de la normalité et de conjurer au moins pour un temps le risque de décompensation. De plus, l'arrêt de travail a permis un apaisement rapide de la symptomatologie.

De même, on ne peut pas pour Philippe classer la symptomatologie anxieuse dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé avec détresse anxieuse. En effet, bien que l'angoisse soit au premier plan et qu'il présente bien une tension intérieure importante et des difficultés à se concentrer en raison de l'inquiétude et l'impression de perdre le contrôle sur lui-même, il n'est pas agité de façon inhabituelle et n'a pas peur que quelque chose de terrible arrive.

Il est intéressant également de se demander si le cas de Philippe peut entrer dans la catégorie de la fatigue compassionnelle, autre entité de l'épuisement professionnel, non répertoriée pour le moment dans les classifications officielles. A ce moment-là de sa carrière, Philippe travaille en psychiatrie de l'enfant, service dans lequel il est confronté à beaucoup de violence, entre les

enfants, des enfants sur les soignants et des soignants sur les enfants qui sont parfois contraints d'adopter des techniques violentes pour faire stopper la violence. On peut donc dire qu'il est exposé, régulièrement à de la violence, de tous ordres : physique sur lui ou les patients, psychologique avec le récit des patients et des parents.

Il présente donc un certain nombre de critères pouvant amener à la fatigue compassionnelle décrits par Figley comme l'implication empathique, la capacité d'empathie, la réponse empathique, le sentiment d'efficacité, la surexposition à des faits ou des histoires traumatisantes.

On peut donc faire l'hypothèse, puisque le processus de burnout est long alors que celui de fatigue compassionnelle est bien plus rapide que Philippe a souffert de fatigue compassionnelle, que ses stratégies de coping n'ont pas permis de contre balancer. Il n'a donc pas pu repérer cet épuisement, et avec le temps, cet épuisement s'est inscrit dans un processus de burnout qui aurait pu se compliquer de dépression si Philippe ne s'était pas arrêté de travailler. Nous pouvons nous poser la question d'un mésusage médicamenteux à ce moment puisqu'il a facilement recours à une benzodiazépine. Cependant, il s'agit de médicaments qui lui étaient prescrits, il n'a jamais demandé à augmenter les doses, il gérait seul sa prescription et il n'y a pas eu de conséquences : il ne s'est jamais servi dans le service, n'a jamais eu d'évènement indésirable ou de complication judiciaire ou professionnelle à cause de cette prescription. On ne peut donc pas parler de mésusage.

En ce qui concerne la seconde situation de difficulté, au moment du suicide du patient, nous pouvons dire que les stratégies de coping de Philippe sont très efficaces. En effet, à ce moment-là, il a donc un antécédent de burnout. Il est donc à risque d'une nouvelle décompensation.

L'exposition du corps pendu du patient peut faire traumatisme. On ne peut pas nommer cela un traumatisme vicariant puisqu'il s'agit bien d'une exposition directe à une situation violente en lien avec le travail et non pas du récit d'un évènement traumatisant. Le risque est bien le trouble stress post traumatique. Philippe décrit bien comme pendant tout le temps de la gestion de cette crise au sein du service, l'image du corps « tournait dans ma tête ». La façon dont il gère, de façon automatique, les autres patients n'est pas sans rappeler un état de dissociation anxieuse majeure. On pourrait presque parler ici de stress aigu. Il présente bien des symptômes d'intrusion (avec souvenirs pénibles envahissant et involontaires, rêves répétitifs), des symptômes d'évitement (efforts pour éviter les rappels externes, notamment ne pas faire de nuits), des symptômes d'activation (perturbations du sommeil, comportement irritable). La

durée de la perturbation est de moins d'un mois d'après Philippe. Cependant, il ne rassemble pas 9 symptômes du critère B du DSM 5, on ne peut donc pas parler de stress aigu.

Par la suite, il ne développe aucun symptôme de l'ordre du trouble stress post traumatique, grâce à la reprise avec la médecin référente d'unité et la supervision dit-il, qui lui permettent une bonne ventilation des émotions et des affects et la remise en sens de son métier de soignant.

Pour finir, on peut faire l'hypothèse ici que les facteurs protecteurs, qui ont empêchés la décompensation lors de la seconde situation de difficulté, sont ceux identifiés par Philippe lui-même : la formation, l'expérience, l'implication au travail, l'autonomie, la mobilité. Cela lui a permis de développer de bonnes capacités d'adaptation, bien que Philippe se décrive lui-même comme quelqu'un d'anxieux. De plus, les ressources de l'unité avec la reprise des événements difficile, la supervision, la qualité des relations au sein de l'équipe (co équipe, équipe médicale et encadrement) ont permis, avec les loisirs et les relations amicales, un bon équilibre identitaire. Ici, le pôle travail – reconnaissance – souffrance a été déstabilisé mais les forces ont pu se rééquilibrer par des stratégies de coping individuelles efficaces. Il n'y a donc pas eu de crise identitaire majeure.

9. La souffrance institutionnelle

Nous avons parlé des stratégies d'adaptation au niveau individuel, il est important de rappeler que le groupe en lui-même peut aussi recourir à diverses stratégies d'adaptation s'il se sent menacé. Lorsque les stratégies adaptatives du collectif sont dépassées et ne permettent plus une bonne gestion de la contrainte, le collectif devient uniquement un collectif de défense. Il existe alors un risque de déliaison des liens institutionnels, pouvant être à l'origine d'une souffrance institutionnelle. De plus, les stratégies de coping individuelles doivent pouvoir s'accorder aux valeurs du groupe pour ne pas impliquer une exclusion de la personne. Proposons ici le cas d'Anna, que nous discuterons ensuite à la lumière des concepts théoriques de la souffrance institutionnelle.

9.1. Le cas d'Anna

Anna est une patiente de 48 ans. Elle souffre d'un syndrome autistique grave. Elle ne communique pas ou très peu, la parole semble plutôt de l'ordre de la stéréotypie. Elle peut répéter inlassablement « bonjour madame » par exemple, en criant. Elle a bénéficié de soins depuis la petite enfance et jusqu'à l'âge de 16 ans, en hôpital de jour. Ensuite, elle a vécu au domicile de sa mère, qui n'a souhaité poursuivre aucun soin pour sa fille. Anna a donc ensuite vécu au sein d'un système familial pour le moins compliqué, voire difficile à appréhender, en huit clos, construit autour de sa mère et de ses deux sœurs.

Elle est la dernière d'une fratrie de six enfants. Sa sœur aînée, Françoise, s'occupe beaucoup d'elle. Elle a une sœur Simone, qui travaille en ESAT (établissement et service d'aide par le travail) et souffre de handicap psychique. Elle a une autre sœur, Jeanne, qui vit en foyer d'accueil médicalisé, handicapée psychiquement elle aussi. Ses deux frères vont bien. A noter qu'Anna souffre d'une cataracte bilatérale, qui la rend quasiment aveugle.

Au domicile de sa mère, il n'y a pas de sanitaire et le système d'électricité est plus que vétuste. Des signalements au procureur de la république ont été faits à plusieurs reprises pour Simone, Jeanne et Anna. La police est intervenue plusieurs fois au domicile pour tapage, à cause des cris d'Anna. Anna est depuis ses 18 ans sous tutelle. La mère n'a jamais été tutrice mais s'est toujours opposée à toute forme de soins pour sa fille dès lors qu'elle a été majeure. Le père a bien peu d'existence dans le discours de la sœur Françoise, auprès de qui nous avons pu recueillir les informations. Il est mort en 2013 d'un cancer, c'est tout ce qu'elle nous en dira. Des soignants ont été mandatés à plusieurs reprises pour intervenir au domicile auprès d'Anna pour aide à la toilette notamment et ont exercé leur droit de retrait devant les conditions de vie au domicile.

Il y a quelques semaines, la mère d'Anna est hospitalisée pour une plaie très infectée du pied, pour laquelle Françoise s'inquiète et passe outre l'avis de sa mère en alertant SOS médecins. Il est impossible pour Anna, au vu de la symptomatologie de rester au domicile. Elle est donc hospitalisée d'urgence, en unité ouverte de psychiatrie générale adulte. D'ordinaire, cette unité, qui accueille une trentaine de patients, prend en soin des patients en voie de stabilisation, en souffrance psychique de tous ordres mais pas handicapés aussi lourdement. Le soin est organisé autour d'entretiens infirmiers, de médiations et d'entretiens médicaux.

Les liens entre l'équipe médicale et paramédicale sont forts, bâtis sur la confiance et le respect mutuel et la reconnaissance du travail de l'autre. L'équipe infirmière est ainsi autonome vis-à-vis de la hiérarchie médicale et chacun existe avec son individualité.

Dans l'unité, Anna crie, demande à manger, fait preuve d'une glotonnerie que peu de soignants ont connue, régurgite ensuite voire se fait vomir. Ce comportement, semble tant de l'ordre de la pathologie autistique que de l'ordre du jeu relationnel plus que du trouble du comportement alimentaire : lorsque les soignants, après l'avoir lavée et installée sur son matelas (par terre mais sur lequel elle ne dort pas), sortent, elle provoque le vomissement. Egalement, elle peut, plusieurs fois par jour et par nuit, s'enduire de ses selles et entrer dans la chambre des autres patients. Cela commence à induire de l'hostilité voire de l'agressivité de la part des autres patients.

Les autres patients hospitalisés, se plaignent, ont peur et l'on voit se dégager deux groupes : ceux qui sont inquiets pour Anna, constatent qu'elle demande beaucoup de travail aux soignants qui sont donc moins présents pour eux mais ils le leur pardonnent puisque Anna leur semble très malade. L'autre groupe est celui de ceux qui ne comprennent pas la présence d'Anna, qu'ils ne jugent pas malade ou en tous cas, qui jugent qu'elle n'a pas sa place dans ce type d'unité. Elle accapare le temps soignant et certains peuvent même tenir des propos très violents à son égard tant elle est bruyante la nuit.

Au sein du groupe des soignants, on voit apparaître les mêmes distancions : il est difficile de s'occuper d'Anna qui nécessite une présence soignante en permanence au risque de se mettre en danger seule. Et le risque est grand : elle risque de se mettre en danger par vomissements provoqués itératifs d'une part et elle risque de la violence de la part des autres patients qui, excédés par ses comportements, pourrait la violenter d'autre part.

Afin de limiter ce risque, et bien que les soignants ne soient pas à l'aise avec cette idée, il est décidé de remplacer la porte de sa chambre par une porte comportant un oculus afin qu'elle puisse être enfermée à clé au moins la nuit et ainsi ne pas risquer qu'elle entre dans la chambre d'un autre patient qui pourrait réagir violemment.

Le groupe de soignants continue de se diviser. Il y a ceux qui craignent les dérives institutionnelles que cette situation va induire, et ont très peur du risque qu'ils voient poindre qu'Anna ne soit enfermée toute la journée et toute la nuit ; et il y a ceux que cela rassure, au moins, comme cela, il ne peut rien lui arriver de la part des autres.

Ils n'évoquent pas ou peu le travail supplémentaire que cela représente pour eux mais constatent que les autres patients viennent plus souvent demander leurs traitements « si besoin ». Les soignants justifient cela par leur absence auprès d'eux. Ils évoquent plutôt la violence qu'Anna renvoie aux autres patients en termes de sensorialité et à eux également.

Tous, sont d'accord pour dire qu'il faut rapidement trouver une place dans une maison d'accueil spécialisée pour Anna, pour qu'elle puisse être correctement prise en charge.

Le cas d'Anna divise également au niveau médical : certains sont prêts à la faire sortir au domicile, de peur que l'hospitalisation ne lui soit délétère par la violence dont elle pourrait être victime. Ils ont peur qu'elle reste hospitalisée à vie (puisqu'étant hospitalisée, elle n'est plus considéré comme prioritaire), et risque d'être en danger plus longtemps. Dans une volonté de « faire avancer les choses plus vite » pour Anna, pour qu'elle soit accueillie au plus vite en structure adaptée, ils sont presque prêts à acter une sortie. D'autres, plaident pour qu'elle reste jusqu'à l'hébergement ailleurs, afin de permettre à sa sœur Françoise, à une place très sacrificielle vis-à-vis de sa sœur, de se reposer un peu.

Petit à petit, la vie de l'unité se réorganise : les soignants se relaient pour assurer une présence quasi permanente auprès d'elle, la porte de la salle de soins est souvent ouverte pour l'entendre le plus précocement possible si besoin, modifiant ainsi légèrement les échanges entre soignants. L'un des ASH du service se détache régulièrement pour aller se « promener » comme dit Anna, ce qui la calme, la berce, apaise les stéréotypies et permet un lien duel dont Anna est très avide, reproduisant peut-être ici, la relation très exclusive qu'elle avait avec sa mère. Petit à petit, il devient possible pour Anna, d'être plus détendue sur les temps de repas et d'entendre, même à minima, que les soignants ne peuvent parfois pas répondre immédiatement à ses demandes. Parallèlement, la mise en place d'un traitement anxiolytique et sédatif par benzodiazépine type LORAZEPAM et LOXAPINE à petites doses permet un discret amendement des troubles du comportement et des troubles du sommeil, sans être à l'origine de somnolence et de sur risque (risque de chute accrue du fait de la cécité par trouble de la vigilance).

Egalement, l'accompagnement d'Anna retrouve de la cohérence puisque l'équipe médicale, en accord avec l'assistant social et le chef du service s'accordent pour dire que l'unité de soins assurera l'accueil d'Anna jusqu'à son entrée en maison d'accueil spécialisée. L'éthique ne permet pas de la renvoyer au domicile (pas de sanitaire notamment). Cela permet donc de poser clairement la contrainte et permet sans doute de mieux l'appréhender.

9.2. Le cas de Paul

Paul est un patient d'une cinquantaine d'année. Il souffre de schizophrénie paranoïde. Il est suivi plus ou moins régulièrement et stabilisé sous ZUCLOPENTHIXOL et HALOPERIDOL, traitement ancien mais qui permet une réelle stabilité clinique. Il souffre également d'un trouble de l'usage d'alcool et de diverses substances psycho actives, hallucinogènes surtout.

Alors qu'il est hospitalisé pour un sevrage d'alcool, il se présente à son retour de permission très alcoolisé et manifestement sous l'emprise de produits stupéfiants. Il titube, soliloque, invective les autres patients et les soignants présents. Se pose alors rapidement la question de savoir ce que l'on peut légitimement et éthiquement proposer à Paul. Présentant le caractère hautement risqué de cette prise en charge, plusieurs soignants sont sollicités pour renfort. La réflexion s'organise : faut-il l'accompagner aux urgences pour dégrisement et évaluation, au risque de voir survenir de la violence (et Paul a des antécédents de violence à l'encontre des soignants) ? Faut-il acter une sortie parce que son état n'est pas compatible avec une unité de soins ? Faut-il le garder dans l'unité avec une surveillance accrue dans un environnement sécurisé en CSI ? Cette réflexion s'articule entre soignants qui n'ont pas ou peu l'habitude de travailler ensemble. On est dimanche donc la décision finale sera portée par l'interne de garde, soutenue par le psychiatre sénior de garde aux urgences et non par un psychiatre avec lequel tous ont l'habitude de travailler.

Les soignants et l'interne de garde se mettent d'accord, après la décision du médecin sénior : le patient restera dans l'unité, surveillé dans un environnement sécurisé en CSI. En effet, le faire venir aux urgences est jugé être un risque trop important d'émergence de violence, de fugue dans un état de grande vulnérabilité, d'échappement aux soins. De plus, si l'interne le juge nécessaire et adapté en fonction de l'évaluation clinique, Paul pourra bénéficier d'un traitement sédatif léger.

Paul est donc conduit en CSI. Cela prend du temps. Beaucoup de temps. Et donc, une dizaine de soignants en plus de l'interne de garde sont mobilisés et ne sont donc plus dans leurs unités, laissant les dites unités en sous-effectif soignant. Par chance, presque tous les soignants ont suivi la formation à la gestion de la violence et de l'agressivité proposée au CHU et l'un des soignants présent se trouve être l'un des formateurs de cette formation. Tous parlent donc le « même langage » et l'accompagnement se fait sans violence.

Une fois en CSI, Paul est accompagné pour se mettre en pyjama, comme le prévoit le protocole de l'isolement, et ses affaires personnelles lui sont retirées et mises sous clés. Pour que cela se fasse sans violence, les soignants doivent lui rappeler régulièrement le sens de cette décision et de cet accompagnement et le rassurer.

A plusieurs reprises et parce qu'il est sous l'emprise d'alcool et de produits, Paul s'agite : il tente de sortir de la CSI, refuse de se déshabiller, négocie. Pour autant, il n'y aura pas d'acte violent ni sur les soignants, ni sur lui.

Finalement, décision est prise d'une contention physique devant l'agitation en lui laissant une main libre pour lui permettre d'uriner et d'alerter les soignants au besoin via la sonnette. Cela se passera sans heurt, tant pendant la contention que lors de la prise d'un traitement sédatif léger par ZUCLOPENTHIXOL ASP à petite dose (10 gouttes). Il sera décontentionné une heure plus tard.

Après le débriefing de rigueur lors de ces situations, une feuille d'évènement indésirable est tout de même remplie suite à l'intervention du fait d'avoir dû laisser les unités en sous-effectif soignant pendant plus d'une heure et parce que la CSI n'est pas une mesure adéquate pour des patients alcoolisés et sous l'emprise de stupéfiants, bien que cette décision ait été la plus adaptée dans cette situation.

Développons maintenant quelques concepts autour de la condition et de la souffrance institutionnelle.

9.3. Quelques indicateurs de la souffrance institutionnelle

Certains éléments de l'organisation institutionnelle doivent nous alerter. On peut déduire une souffrance certaine de conduites institutionnelles symptomatiques de la désorganisation et de la division : la paralysie et la sidération ne sont pas les seuls critères. Par exemple, l'activisme et l'agitation sont également des signes typiques de défense. On peut faire le parallèle avec l'autisme. On sait que l'investissement de la sensorialité chez l'autiste est une mesure pour ne pas penser. Dans l'institution, l'activisme, l'investissement massif des tâches secondaires en

sont pour René Kaës l'équivalent. Ils ne sont pas que les effets de l'absence d'espace pour penser, ils contribuent à désorganiser la pensée pour la maintenir hors d'usage.

Les autres mécanismes que nous devons mentionner ici sont :

- La projection : qui vise à se débarrasser dans l'espace interne de l'institution sur certains sujets, ou à l'extérieur, d'un objet dangereux, considéré comme la cause d'une souffrance intolérable.
- L'identification projective : qui vise un contrôle omnipotent des objets persécuteurs, de telle sorte que l'autre se comporte exactement comme l'exige le sujet qui utilise ce mécanisme de défense

Lorsque ces mécanismes se répètent ou se multiplient en plusieurs lieux, le risque est grand pour l'institution (49).

9.4. Les éléments de la souffrance institutionnelle

Si l'on considère le niveau systémique de l'institution et que l'on hypothèse que s'articule le patient, l'institution et les soignants, il est important d'identifier la demande (du patient, de l'institution, des soignants), de distinguer le bénéficiaire réel sous peine de voir émerger de la souffrance voire de la violence par incohérence du soin. En effet, l'observation clinique, d'après Schrode, a montré qu'un certain nombre d'aspects peuvent favoriser la souffrance chez les professionnels :

- Le mythe institutionnel
- L'ambiance interinstitutionnelle
- Les secrets
- L'emprise
- L'isomorphisme
- La résonance
- L'abus de pouvoir

a. Le mythe institutionnel

Le mythe institutionnel est un ensemble des croyances partagées par l'ensemble des membres du groupe sur la constitution et la composition du travail attendu. Ce mythe, permet une cohésion interne du groupe et une protection externe comme nous l'avons vu plus haut. C'est ce qui rassemble les personnes en ce que Dejours appelle un collectif de travail. Ce mythe est donc organisateur. Lorsque le mythe est trop fort, l'appartenance trop forte, l'autonomie individuelle s'en trouve gommée. Il est alors très difficile de remettre en question les pratiques et donc de perpétuer les processus créatifs. Pour Enriquez (62), « *Lorsque le mythe devient trop envahissant, alors il englué les hommes et les femmes dans un sens préétabli et leur enlève, avec la bonne intention de vouloir leur redonner vie, toute possibilité d'échapper à l'effondrement qui les guette, même si temporairement, il semble leur fournir un nouvel élément de cohésion.* »

C'est aussi ce pôle mythique qui peut permettre l'émergence de qualités via l'espace médian, fruit de la rencontre entre le sujet et l'institution ou le sujet et le groupe des soignants, plus particulièrement ici.

b. L'ambiance interinstitutionnelle

Si les ressources interinstitutionnelles se trouvent bloquées, on peut voir émerger de la violence par rigidité et escalade, anéantissant toute forme de collaboration.

c. Le secret

Le secret, lorsqu'il est partagé par l'ensemble du groupe, peut amener à la loi du silence en remplacement des règles du groupe. Le groupe s'en trouve alors figé, incapable de processus de création, la créativité étant occupée à cacher le secret au reste de l'institution.

Par exemple, on peut imaginer un professionnel qui souffrirait de trouble de l'usage d'alcool et se présenterait alcoolisé sur son lieu de travail. Le problème est bien connu des autres membres de l'équipe. Pourtant, personne n'ose en parler ou le révéler à des

instances décisionnaires, le risque est trop grand d'aller contre les notions de loyauté et de solidarité. Le secret remplace donc les règles du groupe.

Les secrets peuvent entrer en jeu dans la composition des relations d'emprise.

d. L'emprise

La relation d'emprise est une action d'appropriation par dépossession et soumission de l'autre. L'emprise ne prend pas en compte le désir de l'autre, réduit toute altérité et toute différence et vise à ramener l'autre à la fonction d'objet entièrement assimilable. Pour mieux comprendre, citons ici Neuburger. Il emprunte au mathématicien René Thom, la théorie des catastrophes. Neuburger s'en sert pour expliquer la « fabrication du patient chronique » (80) mais cette théorisation est tout à fait intéressante pour nous expliquer la relation d'emprise, ce en quoi elle peut être le terreau de la souffrance voire de la violence.

Pour lui, la relation soignant – soigné vient obliger à interroger la pathologie en vue de lui donner un sens, c'est-à-dire une explication conforme à la théorie. Une fois qu'on l'a identifiée, il apparaît logique de proposer les soins qui s'imposent. Cela peut alors déclencher dans la relation soignant – soigné une forme de confrontation, un « choix catastrophique » qu'il figure ainsi :

- Si le soignant croit à la théorie et que le soigné se soumet, substituant à son identité propre une identité explicative d'emprunt, ils risquent d'entrer dans un rapport de répétition, d'inter dépendance, co créés l'un par l'autre. L'un et l'autre sont lors pris dans une relation d'emprise.
- Si le soignant croit à sa lecture du soigné mais que celui-ci refuse cette définition imposée, il se crée un rapport de force qui conduit aussi à un rapport d'interdépendance. Cela construit l'escalade symétrique.

Ce qui peut donc être dangereux c'est la conviction du soignant d'avoir trouvé sa « bonne explication » pour donner du sens à ce qu'il fait. Alors, il s'approche au plus près du risque de traiter l'autre en objet, de réifier la relation. Cela anéantit tout espace de création, le soigné devenant le prolongement chosifié du soignant. En cela, cette conviction peut devenir source de violence soigné – soignant d'une part, par le rapport de force induit, avec le risque de passage à l'acte comme tentative d'exister de la part du soigné ; et source de violence institutionnelle

d'autre part lorsque les enjeux d'emprise ne concerne pas tous les soignants et que l'espace de création de l'un vient se heurter à la logique mortifère de l'autre.

Ainsi, l'explication, à vouloir trop être recherchée dans sa vérité, à devoir trop faire appartenir au mythe, supprime le rapport d'altérité. Si l'autre est malade, voire fou, il faut, pour éviter la théorie des catastrophes, accepter que le soignant ne peut le comprendre mais qu'il peut entrer en relation avec lui dans son identité de sujet.

Cela permet donc de distinguer l'importance de renoncer à comprendre de celle de renoncer à une croyance à l'explication ultime. Il y a donc tout intérêt du côté des soignants, toute profession confondues, à questionner nos relations d'appartenance afin d'éviter l'écueil de l'emprise.

e. L'isomorphisme

L'isomorphisme est un concept emprunté aux mathématiques. Il désigne deux structures qui peuvent être superposées strictement et pour qui à chaque élément d'une structure correspond le même élément de l'autre structure de sorte que chacun des éléments joue le même rôle dans leurs structures respectives. Il peut être responsable d'un fonctionnement en miroir, qui peut être fondamental s'il est au service de la compréhension du système observé vers un changement de la problématique : *« au lieu de considérer ce phénomène comme un problème funeste, nous aurions intérêt à en accepter l'idée et à repérer activement le processus en train de naître... à partir de sa reconnaissance, il est possible de construire une nouvelle approche thérapeutique »* nous dit Dessoy, cité par Shrode. Le risque est de voir émerger violence et/ou souffrance si ce comportement n'est pas repéré.

Prenons l'exemple d'une unité de soins en addictologie. Chez les personnes addicts, l'impulsivité est au premier plan. Lorsqu'ils viennent en soins, il s'agit justement pour eux d'apprendre à composer avec cette impulsivité et cette nécessité d'assouvir une pulsion immédiatement. Dans l'unité, ils savent donc qu'ils peuvent solliciter l'équipe soignante à tous moments justement pour prendre ce besoin sur le vif, le décomposer, l'étirer voire le court-circuiter pour changer le comportement. L'équipe est réactive et disponible. Cependant, on voit nettement comme, comparé à d'autres équipes de psychiatrie générale accueillant moins ce genre de symptomatologie, il est souvent nécessaire pour les soignants de communiquer les informations, plus ou moins urgentes,

au médecin immédiatement. Et même lorsque le médecin demande « Me donner cette information maintenant est-il indispensable, je suis occupé, cela peut-il attendre ? », il n'est pas rare de les entendre répondre « si mais je préfère te le dire tout de suite, comme ça c'est fait ». Ce qui n'est pas sans rappeler le fonctionnement impulsif des patients addicts et leur incapacité à différer la satisfaction du besoin de consommer.

f. La résonance

La résonance est définie en extension du concept d'isomorphisme par Mony Elkaïm comme « *ces assemblages particuliers, constitués par l'intersection d'éléments communs à différents individus ou différents systèmes humains que suscitent les constructions mutuelles du réel des membres du système thérapeutique ; ces éléments semblent résonner sous l'effet d'un facteur commun, un peu comme des corps se mettent à vibrer sous l'effet d'une fréquence déterminée* ».

La résonance peut être au service d'une relation empathique forte avec le patient. Elle peut aussi être source d'épuisement et de fatigue compassionnelle chez le soignant.

g. L'abus de pouvoir

Lorsque la résonance est forte pour le professionnel et qu'il n'y prête pas ou ne peut pas y prêter attention, le risque est alors l'abus de pouvoir par non-respect du mandat thérapeutique. Il peut aussi survenir lorsque les relations sont prises dans des enjeux d'emprise comme nous l'avons vu plus haut avec Neuburger.

Lorsque ces situations se multiplient et ne sont pas repérées, elles peuvent aboutir à une crise institutionnelle majeure.

Plusieurs éléments peuvent amener à de la souffrance institutionnelle. Ils sont en lien surtout avec la souffrance individuelle qui ne peut plus être régulée par le groupe. La souffrance du groupe peut être en lien avec le mythe institutionnel, l'ambiance interinstitutionnelle, l'isomorphisme, la résonance, les secrets, l'emprise, l'abus de pouvoir. Cela peut mener à une perte des liens institutionnels.

9.5. Déliaison des liens institutionnels : conséquence et génératrice de souffrance

Il existe deux modes de déliaison des liens institutionnels, apparemment antagonistes : la déliaison par excès de tension et d'excitation et la déliaison par carence, insuffisance d'excitation et d'investissement. Ces deux modes ont l'air, de prime abord, antagonistes, mais ils suivent le même chemin de la dégradation de la valeur accordée par les soignants aux investissements. Selon Jean Pierre Pinel (49), il en existe quatre formes : la crise explosive, la crise mutative, l'usure et la destruction de l'institution.

a. La crise explosive

Elle résulte la plupart du temps d'une défaillance dans le retraitement du négatif et peut correspondre à l'incapacité à offrir un espace conteneur suffisant. Elle s'actualise par une sorte de chronicisation paradoxale de la crise et par une disruption contagieuse des systèmes de liens. La passion et la violence agie envahissent tous les espaces institutionnels débouchant sur une dédifférenciation. Les co-étayages, les systèmes d'alliance et la communauté on-cédés : la communauté fraternelle ne se reconnaît plus dans l'institution et régresse au stade de la horde. L'ensemble est une foule. Les accès d'accélération psychique, pseudo-associatifs, déstabilisent le groupe, qui fuit le travail de représentation et de quête d'une signification stable. La faillite des espaces intermédiaires ne permet plus aux matériaux psychiques d'acquérir le statut d'objet de travail commun afin d'être traités comme des représentations analysables. Ces crises explosives peuvent déboucher sur la destruction de l'institution, l'usure, ou la reprise mutative

b. La crise mutative

Elle permet l'émergence d'un processus créateur, un mouvement de refondation, elle relance la qualité et la quantité des investissements. Il s'agit d'un moment nécessaire de déliaison pour la reprise transformatrice des systèmes de liens et des formations psychiques communes. Elle peut donc ouvrir sur une modification des pratiques. Le dépassement de ces épisodes suppose que les espaces du recyclage du négatif soient suffisamment fermes mais suffisamment souples, suppose donc une bonne fonction conteneurs des espaces de régulation.

c. L'usure

Il s'agit là non pas d'un excès mais d'un défaut énergétique. Les investissements ont subi un appauvrissement drastique tant en quantité qu'en qualité. L'énergie pulsionnelle ne trouve plus ni appui ni apport interne et externe pour se reconstituer. Il s'opère alors une forme de régression narcissique qui se manifeste ici par la clôture, le repli sur soi, l'autoréférence et l'indifférence. Les espaces de régulations deviennent des espaces vides.

d. La destruction de l'institution

Elle intervient lorsque les praticiens décident sans réel consensus minimal de l'arrêt d'une expérience. Par exemple, face à ce qui paraît une menace tant réelle qu'imaginaire pour le social, les instances de tutelle et politique mettent en acte le processus mortifère en décidant de la fermeture d'une institution.

Discutons à la lumière des concepts développés dans cette partie le cas d'Anna.

9.6. A propos d'Anna

On voit ici rapidement comment cette situation, jugée inadaptée par l'ensemble des soignants, peut être à l'origine d'une décompensation, qu'appliquée à l'institution nous pouvons nommer crise explosive et qui aurait pu se compliquer d'une usure des liens. Cette situation aurait pu donner à lieu à toutes formes de violence institutionnelle.

Si l'on prend la souffrance du côté soignant à un niveau individuel :

On voit comme ils ont vite évalué le potentiel menaçant pour eux en tant que soignant. Ils sont tous régulièrement interrompus dans leur tâche pour s'occuper d'Anna. Aussi, l'origine de la souffrance d'une partie de l'équipe, à un niveau individuel, peut se situer dans le conflit entre la tâche effectuée et leur valeur soignante : fermer une porte à clé, demander à la patiente d'être toujours dans sa chambre n'est pas vécu comme un acte soignant. De plus, ils se trouvent

entravés dans leur autonomie : ils n'ont pas d'autre choix que d'enfermer Anna la nuit pour éviter la violence de la part des autres patients.

Ils se sont donc adaptés individuellement afin de rester au plus près de leur valeur soignante. Ainsi, ils ont probablement reproduits dans un premier temps, cette relation duelle et exclusive qu'Anna a connu avec sa mère. Cela fait appel au concept d'isomorphisme.

Les soignants, dès lors qu'ils ont identifié cela, ont été en mesure de s'ajuster et de proposer à Anna un accompagnement individuel et contenant sans pour autant reproduire le schéma qu'elle a connu chez elle et ce système de grande promiscuité avec sa mère et ses sœurs.

Pour que le projet de soins soit cohérent et que l'adaptation soit optimale, le niveau individuel ne suffit pas. C'est tout le groupe qui doit s'adapter.

Si l'on prend maintenant le groupe des soignants dans son ensemble toute profession confondue, et que l'on se place à un niveau de lecture plus systémique, cette prise en charge aurait pu déboucher sur différentes actions comportant plusieurs risques.

L'un d'eux aurait été de voir émerger une identification projective avec une surmédication afin d'étouffer complètement les symptômes d'Anna. Le risque aurait alors été la régression pour Anna. Le groupe aurait aussi pu mettre à l'œuvre des processus de projection et ainsi se désengager totalement de cette prise en charge avec un risque important de négligence et d'accroissement de la violence de la part des autres patients sur Anna.

Si ces attitudes s'étaient chronicisées, le risque de crise explosive aurait été grand. Les relations entre soignants auraient pu s'altérer par désaccord autour du projet de soins et le groupe des soignants aurait pu devenir horde. Dans l'ambiance actuelle du CHU, cette prise en charge aurait pu être érigée en étendard pour la lutte contre les restrictions budgétaires ou l'indifférence des instances décisionnaires. Ce statut aurait probablement été source de souffrance pour Anna et surtout pour sa famille.

Un autre risque d'émergence de violence aurait pu être celui que Neuburger a appelé la théorie des catastrophes. C'est-à-dire le risque pour l'équipe, d'avoir trouvé sa « bonne explication », et de réifier ainsi la relation avec Anna substituant l'identité explicative à son identité propre. Ils se seraient approchés tout près de la relation d'emprise risquant alors l'abus de pouvoir. Ici, le « choix catastrophique » a été évité par renoncement de l'équipe à comprendre, d'une part, la pathologie d'Anna, et d'autre part, le système dans lequel elle a évolué toutes ces années. Les professionnels ont donc toujours adopté une position soignante.

Cela a été possible, semble t-il par une excellente cohésion interne au sein de l'équipe infirmière. Il est évident que bien que les soignants soient en désaccord, leur objectif est le même : qu'Anna puisse être prise en charge dans une structure adaptée, dans laquelle elle sera en sécurité. Egalement, la possibilité d'espaces de délibération réguliers a permis à chacun de pouvoir exprimer émotions et affectivités négatives, dans un espace suffisamment contenant pour un bon recyclage. Ce qui s'est passé est la co construction au sein de l'espace médian qui a ici été créateur et a permis une réelle co construction entre Anna, sa famille, et l'unité de soins. Finalement, il semble que dès lors que la décision du médecin chef a été actée et reconnue comme valable pour l'ensemble de l'équipe, c'est-à-dire dès lors que la contrainte a été claire, le pôle mythique est devenu organisateur. Dès lors que les objectifs ont été clairs, cela a permis à l'équipe de s'organiser.

Cela témoigne de bonnes ressources internes et externes du groupe, de bonnes stratégies de coping individuelles, souvent soutenue et valorisées par le soutien social, et de la fonction de contenance suffisante des espaces de délibération et des espaces intermédiaires afin de conserver la cohérence interne et le sens du soin.

D'ailleurs, finalement, Anna n'a été que peu enfermée la nuit, ce qui a permis aux soignants de pouvoir être en accord avec la valeur fondamentale que nous apprenons tous « *primum non nocere* ».

9.7. A propos de Paul

Ici, la souffrance peut être envisagée sur trois niveaux.

Un premier niveau est celui individuel de chaque soignant. Ils ont tous été interrompu dans leur tâche et doivent composer avec le fait de ne pas être présent pendant un temps indéterminé (qui durera plus d'une heure) dans leurs unités respectives. Cela peut être à l'origine d'un conflit de loyauté : être présent pour leurs collègues, restés en sous-effectif dans l'unité d'affectation de départ ou être présent pour les collègues potentiellement en difficulté dans cette situation de danger ou de violence possible. Ils sont potentiellement exposés à de la violence, source de traumatismes vicariants et de fatigue compassionnelle. Egalement la décision d'accompagner

en CSI peut heurter certains soignants et provoquer un conflit de valeur entre la valeur soignante et la fonction de la CSI dans ce cas.

Le deuxième niveau plus systémique et celui du groupe des soignants. Le groupe soignant a dû s'adapter très vite à cette contrainte et s'organiser vite autour du même but : que le patient soit conduit en CSI sans que ni lui ni les soignants ne soient en danger.

Dès lors que cette volonté a animé le groupe, le risque de projection a été évité et avec lui le risque de désengagement et d'émergence de plus de violence : ils auraient pu s'insurger contre la décision médicale et plaider pour la sortie du patient, le laissant vulnérable et en danger s'organisant ainsi autour de la notion de sécurité commune plutôt qu'autour de la valeur soignante individuelle. L'identification projective a été aussi évitée : la décision d'une contention, dangereuse devant cette imprégnation œnologique aurait pu être prise tout de suite et rester en place bien plus longtemps.

Un autre risque aurait pu être le choix catastrophique et la réification de la relation si les soignants avaient été trop sûrs de leur bonne explication et bonne compréhension de la situation. C'est bien le renoncement à comprendre ce qui animait Paul qui les en a protégés.

Les soignants et l'interne auraient pu s'enfermer dans le secret : ne pas alerter le sénior de garde et passer sous silence le détournement évident de l'utilisation de la CSI dans ce cas.

Ce sont bien les espaces de délibération que les soignants se sont autorisés à prendre entre eux et avec le médecin psychiatre sénior de garde qui ont permis d'accéder à un espace médian créateur. Finalement, la formation à la gestion de la violence leur a permis d'être protégés par le partage des mêmes croyances et mêmes valeurs, en un temps record. Cela a rendu possible de s'adapter individuellement autour d'un pôle mythique organisateur (accompagner sans violence le patient en CSI) qui, lui, a permis l'espace médian créateur.

Le troisième niveau est celui de l'institution. Cette situation est trop aiguë pour parler de crise institutionnelle. On peut cependant aisément imaginer que si elle venait à se reproduire, elle pourrait être responsable de crise explosive, les soignants s'abaissant uniquement à pallier au risque de dangerosité, puis d'usure des liens (la confrontation à l'agir et la violence peut être source d'un empêchement de penser) voire de destruction de l'institution tant le fait de pouvoir contenir la violence ou le risque de violence repose sur un équilibre fragile. D'ailleurs, la feuille d'évènement indésirable, si elle n'est pas une solution en elle-même, permet déjà d'alerter sur les situations dangereuses et aide à ne pas s'emprisonner dans le secret.

Ici, les soignants ont dû composer avec leurs propres limites, leurs propres valeurs, leurs propres stratégies d'adaptation et aussi avec leurs ressources et surtout celle du groupe. Cela a été possible dès lors que la contrainte a été énoncée clairement.

Troisième partie : tentatives de solutions

1. Cadre théorique

1.1. La qualité de vie au travail

Parallèlement à l'avènement des nouvelles organisations du travail à l'hôpital, un nouveau concept de « qualité de vie au travail » (QVT) a fait son entrée, ainsi que dans toutes les entreprises d'ailleurs, comme moyen d'interroger l'organisation du travail. La qualité de vie au travail dans les établissements de soins est définie comme telle d'après un rapport de l'HAS et l'ANACT (Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail) de juin 2013 (81), la QVT:

- A pour objectif de redonner de la cohérence dans les projets de l'établissement, en visant le bien être des salariés et la qualité des soins pour redonner du sens au travail
- N'est pas l'apanage d'une direction ou d'un service mais est transversale à l'ensemble des projets et actions développés au sein des établissements de santé
- S'appuie sur une participation de l'ensemble des professionnels, prenant en compte l'aspiration et les contraintes de chacun
- Nécessite un dialogue social régulier
- S'intéresse au travail lui-même, à ses conditions de réalisation
- Repose sur une confiance accordée à chacun pour effectuer au mieux les tâches qui lui incombent et organiser son travail
- Se construit dans un séquençage : court, moyen et long terme

Les critères de qualité de vie au travail s'appuient donc à la fois sur la capacité à s'exprimer et à agir octroyé aux employés et sur le contenu du travail. La capacité à s'exprimer s'appuie sur les notions de groupes participatifs, de partenariat social, de soutien managérial et de soutien des collectifs. Le contenu du travail s'articule autour de l'autonomie au travail, l'utilité et le sens du travail médiés par la reconnaissance, le caractère apprenant du travail qui le rend intéressant et le caractère complet du travail qui renvoie au sentiment de responsabilité. A noter que le CHU de Nantes a vu se monter depuis quelques mois, une commission qualité de vie au

travail. Il serait intéressant que soient présent à cette commission tous types de professionnels en santé.

1.2. Motivation au travail

Il existe de très nombreuses définitions de la motivation au travail (82). Accusée d'être devenue trop large et mal utilisée, la notion de motivation est en train de s'éteindre au profit d'autres notions plus mesurables et plus parlantes telles que l'engagement, la satisfaction, le compromis organisationnel et l'implication au travail. Elles sont d'ailleurs souvent décrites comme des facettes de la motivation. Pour Matzkin, psychologue du travail, il est important de différencier le passage progressif d'une approche « behavioriste », où l'individu était considéré dans un rôle passif et déterministe, face à des stimuli externes à une approche cognitive où l'individu devient l'instigateur de sa propre dynamique motivationnelle en traitant les informations qu'il reçoit de l'extérieur en fonction de ses états internes (ses valeurs, ses stratégies de coping, sa détermination, ses traits de personnalité). C'est bien le résultat de ce traitement qui déterminera la durée et l'intensité de la motivation.

D'après Louart (83), la motivation désigne « *les forces qui agissent sur une personne ou à l'intérieur d'elle pour la pousser à se conduire d'une manière spécifique, orientée vers un objectif* ». Cela renvoie à ce que nous avons vu plus haut dans l'approche psychodynamique du travail proposée par Christophe Dejours : c'est bien le noyau de vulnérabilité qui est sollicité par le travail. Les pulsions, les enjeux auxquels obéissent les salariés, la façon dont ils choisissent d'obéir ou non à certains enjeux, l'intensité avec laquelle il y répondent varient considérablement et affectent la qualité de leur travail (83). Les théories de la motivation peuvent être séparées en trois catégories :

- Une première catégorie se rattache à la conception de la dynamique motivationnelle. Il s'agit de modèles qui mettent en avant l'interaction entre des variables situationnelles et des composantes représentant des caractéristiques internes des personnes.
- Une seconde catégorie se rattache à des modèles descriptifs. Il s'agit ici de lister les facteurs qui contribuent à l'éclosion de la motivation comme la célèbre pyramide de Maslow ou le modèle de Herzberg.

- Une troisième catégorie renvoie aux modèles mathématiques qui proposent une approche quantitative ou formelle.

Nous allons maintenant succinctement décrire l'approche de Herzberg. Elle nous semble en effet, décrire au mieux les besoins et les attentes des travailleurs si nous parlons du travail et du lien au travail comme du lien à la contrainte et la capacité qu'ont les travailleurs à s'y adapter.

a. L'approche descriptive de Herzberg

L'hypothèse de Herzberg est que la satisfaction et l'insatisfaction au travail ne sont pas opposées. C'est-à-dire que le contraire de la satisfaction n'est pas l'insatisfaction mais la non satisfaction. Idem pour l'insatisfaction. Il est donc possible pour un travailleur d'être à la fois satisfait et insatisfait dans son travail. Pour lui, les facteurs de la satisfaction et de l'insatisfaction sont répartis en deux catégories :

- Les facteurs d'ambiance qui, s'ils sont remplis ne génèrent pas d'insatisfaction : l'hygiène (bruit, chaleur, salaire, statut, conditions de travail, administration). Un niveau de base est nécessaire pour garantir la non insatisfaction.
- Les facteurs valorisants de motivation qui, s'ils sont remplis peuvent générer de la satisfaction et qui sont concentrés plutôt sur le contenu du travail : possibilité d'évolution de carrière, besoin de s'accomplir, autonomie, responsabilité.

Si le premier niveau des facteurs d'hygiène est assuré, alors les facteurs de motivation peuvent être remplis et générer de la satisfaction. Le premier niveau est indispensable pour permettre des conditions de travail sécuritaires tant sur le plan physique que sur le plan psychique. Comme nous l'avons vu plus haut avec la contrainte « travail » : la motivation au travail s'articule à deux niveaux. Un premier niveau qui concerne les conditions de travail, et qui sont probablement à remodeler en tant que contraintes en elles-mêmes et un second niveau qui concerne la capacité qu'ont les individus à agir eux même sur le contenu de leur travail.

b. L'approche dynamique

Se basant sur le double mythe de Herzberg et en intégrant les traits de personnalité propre à chacun, il existe d'autres modèles de la motivation au travail. La théorie dynamique s'appuie sur l'hypothèse que les besoins créent des tensions que le sujet va chercher à

soulager. Il s'agit ici d'intégrer l'autonomie des travailleurs afin d'effectuer au mieux la tâche demandée, en fonction de leurs expériences passées, de leur capacités d'appréciation de la situation pour obtenir le résultat souhaité. Cette théorie peut être une bonne piste de compréhension ou de lecture de l'addiction au travail : par l'absence d'autonomie dans l'addiction au travail et par la perte de la valeur la « tâche accomplie » qui ne permettent plus l'apaisement de la tension.

La motivation est en lien avec le contenu du travail alors que l'insatisfaction trouve sa source dans l'environnement. Pour satisfaire les conditions de la motivation, le niveau des besoins plus primaires des conditions de travail doit être rempli et ne pas passer sous un certain niveau de base au risque de voir apparaître de la non insatisfaction. Ce n'est qu'après, qu'apparaît la motivation.

2.2. Satisfaction au travail

En quelques chiffres, d'après l'étude menée en 2008 sur la satisfaction de soignants en France et en Europe (84), les infirmiers français sont fiers d'être soignants et satisfaits des perspectives que leur travail leur offre. En revanche, ils sont plutôt insatisfaits de leurs conditions de travail et du soutien psychologique proposé au travail. Cependant, ils sont, de façon générale, bien moins satisfaits de leur travail que les infirmiers hollandais, norvégiens, belges et finlandais. Comment peut-on expliquer cela ? Quels facteurs entrent en jeu dans la satisfaction ?

Creusier (85) cite Larouche, Herzberg et al qui proposent que « *lorsqu'un répondant manifeste sa satisfaction, c'est qu'un besoin qui avait pris naissance dans le passé se trouve maintenant gratifié* ». Pour eux, la satisfaction au travail est donc « *une résultante affective du travailleur à l'égard des rôles de travail qu'il détient, résultats issus de l'interaction dynamique de deux ensemble de coordonnées, nommément les besoins humains et les incitations de l'emploi* ». Dans son travail de thèse, Jordane Creusier propose une conceptualisation et une théorisation de la satisfaction au travail (85). Pour lui, la satisfaction résulte du lien entre satisfaction et implication. Il décrit la satisfaction comme un état psychologique résultant de la comparaison

entre des attentes et la réalité perçue. Le médiateur de la satisfaction est l'autonomie. Via l'autonomie dont il dispose, le travailleur peut, plus facilement, répondre aux attentes qu'on attend de lui et qu'il attend de lui-même.

a. L'autonomie au travail

Dans les critères de qualité de vie au travail, l'autonomie recouvre la latitude décisionnelle ou la possibilité de contrôle dans l'organisation de ses tâches, la participation aux décisions et l'utilisation de ses compétences. C'est bien cette notion d'autonomie qui différencie un sujet en situation de « job strain », d'un « sujet actif » du modèle de Karasek. D'ailleurs, un haut niveau de latitude décisionnelle est corrélé à une plus grande satisfaction au travail (86). Elle permet une cohérence entre le sujet et son travail et ainsi permet au sujet d'être engagé ou impliqué dans son travail. D'ailleurs, la littérature anglo-saxonne a bien montré qu'une plus grande autonomie chez les soignants en psychiatrie a un effet mélioratif sur la santé perçue, physique et mentale (38,87), le burnout, la tension émotionnelle, l'engagement professionnel (16,37) et la satisfaction professionnelle (87).

b. Le sentiment de cohérence

Pour Deci et Ryan (88,89), le sentiment de cohérence provient du fait que les trois besoins psychologiques innés, universels et essentiels proposés par la théorie de l'autodétermination sont satisfaits : le besoin d'autonomie, le besoin de compétence et le besoin d'affiliation sociale. Ainsi, lorsque ces trois besoins sont satisfaits, le sujet ressent un sentiment de cohérence (ou d'harmonie pour d'autres auteurs). Il est question ici de l'adéquation avec son propre système de valeur mais aussi avec celui du groupe d'appartenance. On peut rapprocher cela de la normalité décrite par Christophe Dejours, permise lorsque le triangle égo / réel / souffrance est à l'équilibre. L'autonomie peut apparaître ici comme médiateur de l'équilibre de ce triangle et c'est bien lorsque le triangle est déséquilibré que l'on peut voir apparaître des symptômes dont l'intention est le retour à l'équilibre. Il est donc important, comme porté par les critères QVT, de soutenir l'autonomie des travailleurs.

A l'opposé d'un environnement soutenant l'autonomie, un environnement contrôlant se définit comme un environnement dans lequel l'individu est amené à penser, à être et à se sentir d'une

façon particulière sans considération de ses besoins et sentiments véritables. Cela peut être le cas si le mythe d'appartenance est trop fort.

L'autonomie est un médiateur important puisqu'elle permet au sujet de mieux tolérer une importante quantité de travail en lui permettant d'augmenter son sentiment positif de la réalité qu'il perçoit des tâches qu'il effectue. Elle est un critère de qualité de vie au travail et même de santé au travail.

2.3. Notion de passion au travail

Si les travailleurs sont satisfaits de leur travail, motivés, ils peuvent aller jusqu'à la passion pour leur travail et la passion au travail renforçant le bien-être au travail. Vallerand et son équipe (90–92) définissent la passion par trois critères qui doivent être présents pour qu'une activité soit considérée comme une passion :

- l'amour de l'activité
- la valorisation de l'activité
- un investissement de temps et d'énergie dans l'activité.

Pour eux, les passionnés ne disent pas simplement qu'ils pratiquent leur activité, ils s'identifient franchement à cette dite activité. Les passionnés de jogging se diront joggeurs, les passionnés de danse se diront danseurs. La passion peut concerner tout type d'activité, y compris le travail. Ils définissent ensuite deux types de passions. La distinction entre ces deux types de passion serait le résultat du processus d'internalisation de l'activité passionnante qui peut être soit contrôlé soit autonome. On définit par internalisation un processus complexe par lequel l'individu fait siennes des données extérieures et les intègre à son système de valeurs et à son comportement : il les reconnaît comme des règles données dans l'enfance par des agents de la socialisation (les parents, l'école...) puis il s'identifie à ces valeurs pour enfin arriver à l'internalisation.

a. La passion harmonieuse

Dans le cas de l'internalisation autonome, l'activité est sous le contrôle de l'individu et conduit vers une passion harmonieuse. Lorsque le processus est autonome, l'internalisation n'est liée à aucune contingence interne ou externe et la personne accepte librement l'importance de l'activité. Ainsi, l'individu développe une force motivationnelle le conduisant non seulement à poursuivre librement son activité tout en gardant une maîtrise sur celle-ci mais aussi décide volontairement de s'engager dans l'activité créant ainsi un sentiment d'adhésion et encore une volonté voire un désir de participer activement à son activité passionnante. L'individu peut dans cette situation ajuster ses propres actions en fonction de ses valeurs et de ses objectifs. C'est bien lui qui contrôle son activité.

b. La passion obsessionnelle

Dans le cas de l'internalisation contrôlée, l'activité contrôle l'individu et mène au développement d'une passion obsessionnelle, très proche donc du champ de l'addiction. L'internalisation de type contrôlé est due à des pressions intrapersonnelles et/ou interpersonnelles. Par exemple, il peut y avoir des contingences externes et internes comme l'estime de soi, l'acceptation sociale ou encore l'excitation vécue dans l'activité qui peut devenir si grande qu'elle en devient incontrôlable. L'internalisation contrôlée conduit donc au développement d'une passion obsessionnelle qui s'exprimera par une compulsion interne à pratiquer l'activité, l'individu ayant perdu la maîtrise au profit de sa passion. La force motivationnelle contrôle donc l'individu. L'individu se sent obligé de pratiquer l'activité, d'y participer, de s'y engager bien qu'il s'agisse d'une activité aimée et dans laquelle la personne investit du temps et des efforts. Le libre arbitre de l'individu ne rentre plus en ligne de compte dans la passion obsessionnelle. L'activité prend donc une place disproportionnée dans l'identité de l'individu. Cela peut engendrer des conflits entre l'activité et d'autres sphères de la vie. La passion obsessionnelle peut alors rendre la personne dépendante à l'égard de l'activité. Le comportement de l'individu est alors qualifié de persistance rigide. La passion obsessionnelle est source de souffrance et peut ensuite aboutir à une réelle addiction au travail, par exemple avec un profil compulsif comme décrit par Scott, Moore et Micelli, et donc rendre le sujet plus vulnérable à un processus d'épuisement professionnel.

C'est ce que nous avons vu avec le cas de Philippe. Il est passionné, participe même à la création d'une nouvelle unité. Il ne compte pas ses heures au travail. Au moins pendant un temps. Ensuite, il dit entrer, lui-même, dans un processus différent. Il travaille alors beaucoup, peut être « pour fuir », c'est vraisemblablement là que commence le processus de burnout.

Le travail peut être considéré comme une activité passionnante. Le travailleur peut développer une passion harmonieuse pour son travail grâce à des processus d'internalisation autonome. Il peut aussi développer une passion obsessionnelle, source de souffrance, en lien avec des processus d'internalisation contrôlée et s'approchant du champ de l'addiction au travail. On voit encore ici l'importance de l'autonomie.

2. Stratégies de coping centrées sur le problème

Nous avons vu dans les stratégies de coping, qu'elles peuvent être de trois types : centrées sur le problème afin de le réduire et de le rendre plus acceptable, centrées sur l'émotion afin de diminuer l'impact négatif sur la personne et centrées sur le soutien social. A notre sens, à l'hôpital, toutes les stratégies de coping des soignants font appel au soutien social tant les valeurs de solidarité, d'entraide et d'appartenance au groupe des « professionnels de santé » sont fortes. Nous avons choisi de classer les stratégies de coping en deux types : centrées sur le problème et centrées sur l'émotion et le soutien social pour être le plus en cohérence possible avec la réalité du terrain.

Nous allons commencer par celle centrées sur le problème puisqu'elles seraient les plus utilisées chez les soignants (93). Par ailleurs, étant donné la place qu'elle occupe en ce moment en psychiatrie au CHU de Nantes et parce qu'elle relève des trois types de stratégies de coping, la gestion de la violence fera l'objet d'un chapitre à part.

2.1. Un pré requis de base : l'effectif suffisant

Selon le CGLPL, l'effectif de référence est défini de manière insuffisante. Il précise que la prise en charge suppose du temps de présence et une forme de relation dans laquelle la connaissance mutuelle, la capacité d'attention et la confiance sont des conditions de succès. En conséquence, la capacité de déployer un nombre suffisant de professionnels est un préalable nécessaire. Pourtant, la population soignante (médicale et paramédicale) est soumise à de nombreux aléas.

La démographie médicale augmente fortement dès la fin des années 1970 et en 2002 on dénombre 25 psychiatres pour 100 000 habitants contre 2.5 en 1966 (4). Pourtant, l'équipement moyen d'un secteur de psychiatrie passe de 7.02 ETP en 1991 à 6.4 en 1997 (4), ce qui représente déjà une baisse considérable si l'on considère toutes les missions qui incombent déjà au secteurs de l'urgence à la réadaptation en passant par la psychiatrie de liaison et l'éducation psycho sociale. Ainsi, dans les années 1990, le nombre de lits d'hospitalisation complète diminue (-32%) au profit d'une augmentation des lits d'hospitalisation partielle (+25%) mais qui ne suffit pas à juguler la demande croissante de soins. Au total, d'après le rapport Piel – Roelandt (94), la hausse des capacités d'hospitalisation partielle (+4,861) n'a pas compensé la baisse des lits d'hospitalisation complète (-6,711). Pourtant, aujourd'hui, la densité de psychiatres en France est la plus élevée d'Europe, mais elle va perdre 8% d'ici 2030. Egalement, le recours à la psychiatrie a augmenté de façon drastique ces trente dernières années (depuis 1993, la file active des CMP de psychiatrie d'adultes a augmenté de près de 50%) (95). Cette question de l'effectif est donc tout à fait épineuse.

De même, d'après l'OCDE, le nombre d'infirmiers varie très largement selon les pays. Par exemple, en 2004, le nombre d'infirmiers pour 1000 habitants était de 14.9 en Norvège contre 7.5 en France et 2.5 en Pologne. En 2002, les Etats Unis et le Japon en déclaraient respectivement 7.9 et 7.8 pour 1000 habitants. La France se situe dans la moyenne basse mondiale.

Pourtant, quand les infirmiers sont plus nombreux, plus en mesure d'éduquer les patients, les dépenses de santé liées aux produits pharmaceutiques diminuent. C'est le cas en Norvège et aux Pays bas qui compte un plus fort nombre d'infirmiers pour 1000 habitants et qui comporte les dépenses pharmaceutiques les plus faibles (84). Plus spécifiquement en psychiatrie, il existe de fortes disparités de dotations entre les secteurs, de façon d'ailleurs plus prononcée que pour

les autres spécialités. A titre d'exemple, le nombre de lits d'hospitalisation temps plein varie de 1 à 13 selon les secteurs alors qu'il varie de 1 à 4 pour la médecine – chirurgie – obstétrique.

La Loire Atlantique ne fait pas partie des régions sous dotées en psychiatres, infirmiers et psychologues mais, elle ne se situe que dans la moyenne nationale, nous ne sommes pas mieux dotés qu'ailleurs. Les soins y sont répartis de façon à peu près équitable entre les secteurs (95).

2.2. Le soutien à l'autonomie

Nous avons vu que l'autonomie est une notion capitale dans la satisfaction au travail pour la motivation dans le but de l'accomplissement de soi. Plus l'autonomie est possible, moins nous avons défini plus haut la notion de collectif de travail et la façon dont ce groupe était régi. L'une des tentatives de solutions qui nous semble intéressante à explorer est l'autonomie en lien avec l'appartenance à un groupe. En effet, il y a l'autonomie qui renvoie à la confiance que peut avoir la hiérarchie et l'administration mais l'autonomie renvoie également à la notion d'identité singulière au sein d'un groupe. Il s'agit donc de renforcer au maximum l'expression de chacun : au travers de groupes de travail, de réflexion à propos du soin afin de laisser la créativité de chacun s'exprimer. Pour Mayo, cité par Anzieu, le groupe autonome est caractérisé par un fort sentiment d'appartenance au groupe via la confiance et la solidarité dont nous avons vu plus haut qu'il s'agit de deux valeurs capitales au sein des groupes de soignants. Le groupe autonome libère les possibilités individuelles et en facilite la réalisation à l'avantage des membres du groupes et des organisations qui les emploient. Donc, comme avec le concept de l'espace médian développé par Neuburger : cet espace peut être créateur. Ainsi, Lewin nous explique que dans ce type de groupe, libre et solidaire, une décision de groupe peut être plus forte que les préférences individuelles. Le stimulus est donc pour Anzieu, le sentiment d'appartenance au groupe et la réponse est la modification des habitudes individuelles, médiée par l'autonomie individuelle (50).

C'est ce que nous avons vu avec le cas d'Anna. Le pôle mythique au sein du groupe de soignant est organisateur. L'autonomie des soignants est donc possible et valorisée. Chacun peut soumettre des idées. Elles sont discutées en équipe et proposées à Anna par l'ensemble des soignants, même si certaines propositions ne sont pas portées par tous.

Egalement avec Henri : être formé à la gestion de l'agressivité et de la violence lui permet de récupérer une autonomie suffisante pour refuser d'intervenir en CSI lorsqu'il ne s'en sent pas

capable ; et avec Philippe qui grâce à ses formations se sent en capacité de gérer les situations de crise avec les patients et ainsi s'accomplit dans son travail.

2.3. L'infirmière en pratique avancée : vers plus d'autonomie infirmière ?

Début 2016, devant plusieurs enjeux majeurs de santé publique : augmentation des patients atteints de maladies chroniques, vieillissement de la population et progrès médicaux, virage ambulatoire, place centrale du parcours de santé, importance du travail en équipe et baisse de la démographie médicale, le code de la santé publique introduit le principe de la pratique avancée des auxiliaires médicaux. Il s'agit d'infirmiers qui peuvent prétendre à des compétences relevant réglementairement du champ médical. La priorité est donnée à la pratique infirmière en raison du nombre important de professionnels intégrés dans les équipes de soins, du rôle pivot qu'ils assurent dans la prise en charge du patient et d'une approche déjà expérimentées par certains professionnels infirmiers dans leur relation avec les équipes médicales (96).

En février 2018, le premier ministre explique que les pratiques avancées en soins infirmiers renforceront encore les coopérations entre professionnels et donneront aux infirmiers un rôle central dans la prise en charge des patients, notamment ceux suivis pour maladies chroniques. Les premiers infirmiers en pratique avancée pourront être formés à la rentrée universitaire 2018. La formation à valider permettra l'obtention d'un diplôme d'état valant grade master. Les domaines d'intervention seront les suivants : pathologies chroniques stabilisées (accident vasculaire cérébral, artériopathies chroniques, cardiopathie, maladie coronaire, diabète de type 1 et 2, insuffisance respiratoire chronique, maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson et épilepsie), prévention et poly pathologies courantes en soins primaires ; oncologie et hémato oncologie ; maladie rénale chronique, dialyse, transplantation rénale. L'infirmier en pratique avancée (IPA) se distingue des infirmiers en soins généraux engagés dans un protocole de coopération par son champ de compétences élargi et une plus grande autonomie. L'IPA suit des patients qui lui ont été confiés par un médecin avec son accord et celui du patient, il voit régulièrement le patient, peut prescrire des examens complémentaires, demander des actes de suivi et de prévention, il discute du cas lors de temps d'échange, il revient vers le médecin quand il le souhaite et dès lors que les limites de son champ de compétence sont atteintes.

Les spécialités ne font aucune mention de la psychiatrie pour le moment, bien qu'elle puisse tout à fait s'inscrire dans le suivi de pathologies chroniques et stabilisées. Par ailleurs, cette pratique est déjà bien inscrite en psychiatrie notamment via les équipes de CMP qui peuvent se déplacer au domicile du patient et faire part de leurs préconisations d'une hospitalisation ou d'une consultation urgente avec le psychiatre. Pourtant, officialiser cette pratique en psychiatrie permettrait forcément l'accès à une formation plus spécifique en psychiatrie. Sur le plan institutionnel, il est difficile de voir pour le moment comment cette pratique pourra s'inscrire au sein d'une équipe qui comptera donc des médecins, des infirmiers en soins généraux et des infirmiers en pratique avancée. Il s'agit probablement là d'une belle occasion de promouvoir la formation et l'autonomie, source de bien-être au travail, c'est-à-dire peut être de revenir au système abandonné en 1992 d'infirmier spécifiquement formé à la psychiatrie (ISP). La différence ici est bien que le socle des connaissances est commun mais la pratique avancée permet une formation supplémentaire. Il s'agira également d'être vigilant à ne pas accentuer les niveaux hiérarchiques parfois très prégnants dans certains services.

La France est le pays le plus doté d'Europe en psychiatres. Il existe des disparités importantes entre les secteurs. Le nouveau statut d'infirmier en pratique avancée pourrait être une réponse à la baisse de la démographie médicale, si les maladies psychiques peuvent être comptées parmi les maladies chroniques. Le bénéfice pourrait être double puisque l'IPA bénéficierait d'une formation complémentaire et serait plus autonome. Ces deux éléments sont source de santé au travail.

2.4. La formation

Si l'autonomie est un paramètre fondamental de la santé au travail, être formé pour mieux les comprendre aux concept de burnout, de fatigue compassionnelle, de satisfaction compassionnelle pour en reconnaître les symptômes aiderait les infirmiers à rester soignant et proche du patient et contribuerait au bien-être du patient (97). Egalement, à la lumière des aspects psychopathologiques que nous avons développés plus haut, il apparaît nécessaire de proposer la mise en place de formations et de temps institutionnels à propos de ces questions

d'épuisement professionnel. Cela pourra permettre à chacun de se percevoir comme un élément du système auquel il appartient, d'en comprendre les enjeux et donc de pouvoir développer ses capacités d'adaptation pour s'ajuster aux situations dans lesquels il pourrait être mal à l'aise.

Ensuite, si les soignants ont plutôt recours à des stratégies de coping centrés sur le problème, la formation spécifique en psychiatrie pourrait être une réponse puisqu'une meilleure formation à la clinique psychiatrique permet de mieux connaître et appréhender les maladies mentales, et ainsi de diminuer le stress lié à l'incompréhension et à l'absence de sens.

Nous avons vu avec Henri comme la formation qu'il a suivie à propos de la violence lui a permis de retrouver le sens de son travail par la compréhension de ce que peuvent venir dire les actes violents et aussi par une bonne gestion technique de la crise violente.

<p>La formation à la clinique psychiatrique est un outil précieux pour une meilleure appréhension de la maladie et de la santé mentale des patients. Elle pourrait permettre aux soignants, si elle était possible, d'être plus autonomes et donc d'avoir une meilleure qualité de vie au travail. Les entités de la souffrance psychique sont importantes aussi. Si les soignants y sont formés, ils pourront y être plus attentifs pour eux-mêmes et pour leurs collègues.</p>
--

2.5. Le référent psychosocial

Depuis la récente catégorisation des risques psychosociaux, il est maintenant recommandé, pour toutes les entreprises, de faire connaître aux employés un référent psychosocial. Il est un interlocuteur privilégié lorsqu'il est question de souffrance et de santé au travail. Il connaît les structures externes de recours comme les associations d'aide. Il pourrait aussi être le lien entre le soignant en difficulté et le professionnel libéral auquel il souhaite s'adresser pour permettre un accompagnement plus près du soignant en demande d'aide. A l'hôpital Saint Jacques du CHU de Nantes, il s'agit du Dr Karen LAMARCHE. On pourrait imaginer que son nom soit communiqué à tous les nouveaux professionnels embauchés.

3. Stratégies de coping centrées sur l'émotion et le soutien social

3.1. Le travail en équipe

L'équipe elle-même, peut être le médiateur et le régulateur de l'ambiance au travail. Il existe peu d'études qualitatives sur l'importance du travail en équipe en psychiatrie en France. Cependant, c'est ce qu'il est ressorti de tous les entretiens avec les professionnels que nous avons effectué pour cette thèse. Une étude, menée par Pronost et al (93) au sein de tous les services d'onco hématologie de l'ouest, et dont le but était d'analyser les relations entre les caractéristiques individuelles des soignants et les facteurs psychosociaux déterminant la santé au travail a montré que seules les caractéristiques liées à l'environnement de travail sont significatives et surtout : le besoin de temps, de reconnaissance, l'importance de la formation, la prise en compte des patients et de leurs proches, le fonctionnement en interdisciplinarité. Les stratégies de coping centrées sur le problème sont plus volontiers efficaces à long terme comme le soutien social plutôt que celles centrées sur l'émotion. Le manque de reconnaissance par les pairs et la hiérarchie est le stressor social le plus important.

Dans les stratégies de coping et de protection des équipes, il apparaît dans plusieurs travaux _ et c'est aussi ce que nous avons constaté lors de nos rencontres avec les soignants, que le moral des équipes est garanti par une bonne cohésion d'équipe, un encadrement opérant et contenant, la bonne connaissance de son rôle et de ses patients (98,99).

La littérature anglaise est plus riche concernant la psychiatrie. Il semble que le support au travail protège la santé mentale perçue, il tendrait à prédire moins de burnout et plus d'engagement professionnel (16) et de satisfaction professionnelle (87). On observe aussi un effet salutogène de la cohésion du groupe de travail sur le burnout (37) et un effet protecteur du nombre de médecins dans l'unité sur la dépersonnalisation de la relation soignante (15).

Il est à noter que Moos et son équipe ont proposé en 1972, une échelle de mesure de l'ambiance dans les services de psychiatrie, la WAS (Ward Atmosphere Scale). Cet outil n'est pas traduit en français. Il explore différents facteurs comme l'organisation, le contrôle de l'équipe, l'agressivité des patients (100). Cette échelle peut être réalisée par les patients comme par les soignants et permet probablement un échange intéressant sur les perceptions de chacun.

Par ailleurs, sur le plan systémique et en lien avec le mythe d'appartenance, il apparaît fondamental que l'équipe soignante, médicale et paramédicale puisse se réunir régulièrement

autour de temps dédiés autour de la réflexion du projet de soins des patients, afin de s'assurer de la bonne cohérence des soins vis-à-vis de chacun.

L'atmosphère et la qualité du travail en équipe apparaissent comme pouvant être prédicteurs de la santé mentale des soignants en psychiatrie. Pour le moment, bien peu de travaux français ont abordé ce sujet, témoin peut être de l'importance qui est accordé à cette question dans les pays anglo-saxons. Les temps de réflexion d'équipe apparaissent fondamentaux pour la bonne cohérence du soin et ainsi l'appartenance au groupe.

3.2. Le débriefing

Nous avons abordé plus haut la problématique de la fatigue compassionnelle et du traumatisme vicariant. Il n'est maintenant plus à prouver l'impact et l'utilité du débriefing et du defusing dans les contextes de catastrophes ou d'attentats (101) et ce dans les plus brefs délais (102). Qu'en est-il du débriefing des équipes après des évènements traumatiques importants survenant au sein des unités de soins : passage à l'acte suicidaire, menace, agression ? Pour l'instant, la littérature est pauvre à ce sujet. Cependant, l'équipe du Dr Huggard en Nouvelle Zélande (103) a montré l'importance que peut avoir le débriefing auprès des soignants exposés à des évènements traumatiques. Cela permettrait de réduire de façon significative les symptômes de la fatigue compassionnelle. Il explore ici la relation du soignant avec la peine et la douleur qu'il entend et dont il n'est pas responsable. De même, l'équipe de Sijbrandij (104), montre également, bien que leur étude manque de puissance, l'importance du débriefing après un évènement traumatique psychologique en population générale.

Le débriefing est donc aujourd'hui un outil recommandé et reconnu comme utile dans les programmes de réduction du recours à l'isolement et à la contention (105). Il est prévu après chaque intervention en chambre de soins intensifs ou pacification de crise dans le cadre de la formation de gestion de la violence et de l'agressivité OMEGA proposée au CHU de Nantes. Il doit rester une priorité, au même titre que le bon déroulement de l'intervention en elle-même.

Le débriefing est un espace fondamental de régulation et d'internalisation des affects. Il est un moment à part entière de gestion de la crise violente et doit à ce titre rester aussi prioritaire que l'intervention en elle-même.

3.3. Groupes de paroles de soignants

En plus du débriefing en situation aiguë, il existe en psychiatrie beaucoup de moments, informels, au cours desquels les événements ou situations cliniques difficiles sont abordées. Pour Alain Deneux, il est très intéressant de pouvoir organiser des temps plus formels prévus à cet effet. Pourtant, les groupes de paroles de soignants sont rares (106). Ils permettent pour lui d'aider les soignants dans leurs tâches relationnelles au quotidien. Selon lui, cela évite de multiplier l'intervention du psychiatre de liaison au lit du malade. Pour lui, et d'autres auteurs, qui ont eux aussi travaillé sur ce thème (Ruszniewski et Rabier notamment), il s'agit d'une pratique peu répandue alors qu'elle était promise à un avenir flamboyant dès les premiers travaux de Michael Balint. Finalement, cela est bien plus répandu chez les personnels psycho-éducatifs. Il interroge l'égo des médecins à se mêler aux autres professions de santé notamment. Pour lui, c'est justement cette imprécision de cadre qui parfois entretient les phénomènes d'attraction / répulsion à l'égard de ces réunions de groupes de soignants. L'utilité de ces groupes est surtout de favoriser l'expression et l'échange des vécus, en dehors de toute hiérarchie habituelle et échelles de valeur qui y sont liées, dans un système de communication horizontal et non vertical. Ces groupes pourraient permettre une meilleure compréhension des défenses psychologiques des patients mais aussi des soignants, de mieux comprendre les mécanismes de projection des patients comme des soignants et ainsi remettre un peu de distance dans la relation chez ces soignants qui ont souvent très à cœur de bien faire et voient comme une démission une simple « mise en retrait » pour se protéger. D'ailleurs, pour Blanchard, la simple validation, permet bien souvent de soulager un peu (107). Comme le dit Blanchard en paraphrasant Bion, « *ces groupes pourraient avoir la fonction alpha d'un groupe contenant.* ». Pour Blanchard, les trois conditions pour la tenue de ces groupes dans des conditions sécuritaires, en médecine ou en chirurgie, mais cela semble applicable également en psychiatrie sont :

- la motivation des personnels en lien avec la souffrance individuelle
- la validation par la hiérarchie de la nécessité de ce groupe

- la bonne formation de l'intervenant qui devra parfois accepter des écarts de cadre ou de s'aventurer sur des chemins qui lui sont jusque-là inconnus.

Ces groupes, tantôt appelés groupe Balint ou supervision, sont à distinguer du groupe de travail qui réunit les soignants autour du projet de soin d'un patient et qui est plutôt à classer dans le soutien à l'autonomie.

Egalement, il est important de conserver ces moments informels intra équipe que nous évoquions plus haut, lieux naturels de régulation et de décharge pulsionnelle, ces espaces que René Roussillon nomme les débarras et les interstices. Cela surtout parce que si pour le médecin, il est facile de s'extraire des situations difficiles par d'autres types d'activité, il n'en est pas du tout de même pour les personnels para médicaux et non médicaux qui sont au contact du vécu intime des patients. Les temps plus informels ou en tous cas non supervisés par un intervenant extérieur apparaissent fondamentaux dans la régulation des affects de l'équipe, comme médiateur de l'ambiance institutionnelle.

Le groupe de parole peut lui aussi être un espace privilégié d'expression de souffrance ou de questionnements. Il permet la constitution d'un groupe de soignant différent, puisque supervisé par un intervenant extérieur et peut à ce titre devenir un espace créateur indéniable.

3.4. Méditation pleine conscience au travail

La méditation et particulièrement la méthode MBSR (Mindfulness Based Stress Reduction) a vu le jour en 1979 au centre médical de l'université du Massachussets (108) et a été développée par Jon Kabat – Zinn. Au départ, cette méthode avait pour but d'aider les patients atteints de maladies chroniques à mieux faire face et mieux accepter leurs conditions de vie. Il s'agit d'une méthode de relaxation corporelle et de fixation mentale sur le moment présent.

En 2012, l'équipe de Tina Gauthier (109), mène une étude auprès d'un groupe d'infirmières en soins intensifs de pédiatrie. Une équipe formée à la méditation pleine conscience a proposé à un groupe de 104 infirmières en soins intensifs de pédiatrie une intervention de 5 minutes chaque jour sur le modèle du MBSR, 5 minutes le matin et 5 minutes le soir pendant 6 semaines.

Cette étude avait pour but d'étudier la faisabilité logistique de ce dispositif et cela a été possible facilement. D'autre part, Gauthier et son équipe ont montré une diminution significative du stress mais n'ont pas montré d'augmentation significative de la qualité de vie au travail.

De la même façon, une étude menée en 2016 par l'équipe de Duarte, (110) montre là aussi l'efficacité de la méditation pleine conscience sur la fatigue compassionnelle, le stress et montre également une augmentation significative de la satisfaction globale dans la vie dans un groupe d'infirmière en oncologie, cette fois dans une étude de plus grande puissance puisqu'il s'agit d'un groupe randomisé avec groupe contrôle. Il s'agissait là aussi d'un travail sur 6 semaines à raison d'une session par semaine.

Egalement, l'équipe de Ando au Japon (111), a étudié l'impact de la méthode MBSR sur un groupe de 28 infirmières en gériatrie en 2010. Ce travail montre encore une fois l'efficacité de la méditation sur les symptômes physiques, l'anxiété, les troubles du sommeil, les activités sociales et la dépression. D'après cette étude, la méditation pleine conscience augmenterait le bien être psychologique, la cohérence dans le sens des soins et aide à surmonter le stress au travail.

La méditation pleine conscience serait aussi efficace sur l'épuisement émotionnel qu'elle permettrait de réduire de façon significative, que ce soit sur des protocoles de 6 ou de 8 semaines comme proposé respectivement par la méthode MBSR ou par des protocoles inspirés de la méthode MBSR (108).

Enfin, d'après Corey et al (112), il est possible et efficace de mettre en place des sessions de méditation pleine conscience pour les infirmières et les aides-soignantes bien que leur étude soit de trop faible puissance pour avoir montré une efficacité significative.

La méditation pleine conscience a fait la preuve de son efficacité dans la gestion du stress. Les premiers travaux tendent à montrer qu'elle est tout à fait efficace dans la réduction du stress au travail. Plusieurs projets de proposition de méditation pour les soignants en psychiatrie sont actuellement en réflexion au CHU de Nantes.

3.5. Autres stratégies de coping centrées sur l'émotion

On pourrait classer ici le sport, qui pourrait être proposé dans le cadre du travail, des temps de sieste avec des salles dédiées. Il existe au CHU de Nantes, la possibilité pour les soignants uniquement du pôle hospitalo-universitaire n°3 (regroupant notamment le service des urgences et les services de réanimation) de se faire masser, sur rendez-vous.

Pour mettre en place toutes ces stratégies sur le temps de travail, l'effectif soignant doit être suffisant.

4. La gestion de la violence

La violence est, comme nous l'avons vu, au premier plan dans la souffrance des soignants. Il est facile d'imaginer qu'une présence soignante optimale est capitale dans l'apaisement des actes de violences. Pour autant, cette violence existe et il est important de pouvoir, quelle que soit la profession, la prévenir et la gérer au mieux c'est-à-dire de la réduire et de diminuer le vécu négatif qu'elle peut avoir pour les soignants. C'est pour ces deux raisons qu'elle fait l'objet d'un chapitre à part.

Pour tenter de la diminuer, il est important d'intégrer l'acte violent à l'histoire du patient, la mettre en sens et de tenir compte des traumatismes antérieurs au moment de la concertation pré intervention ou post événement (113). En effet, pour Morin et Michaud, « *l'utilisation de l'isolement et de la contention n'aide pas les patients à apprendre à gérer leur colère mais sert seulement à contrôler les gens et à provoquer une division entre ceux qui cherchent de l'aide et ceux qui dispensent les soins* ». Traitées avec dignité et respect, les personnes hospitalisées deviennent habituellement moins agressives. Et l'on en revient là, à ce que disait Jean Baptiste Pussin lorsque Pinel vint visiter les aliénés à l'asile de Bicêtre (écrit par Duchamp) :

Pinel demande : « *quand ils deviennent trop méchants, que faites-vous ?* »

Pussin de lui répondre : « *je les déchaîne* »

- *Et alors ?*
- *Ils sont calmes.*

Pour le soignant, il est important d'identifier son propre ressenti émotionnel afin de ne pas en rester prisonnier. Ce que rapporte Blanchard (107) à propos des malades d'Alzheimer peut tout à fait être vrai aussi pour les malades hospitalisés en psychiatrie. De même pour les situations de violences, tant en gérontologie qu'en psychiatrie, la sécurité peut dériver vers « *la sur protection et le paternalisme, qui vont augmenter la souffrance et la résignation de ces patients en enlevant tout espace de liberté* » ; ce qui est d'autant plus vrai que la plupart des situations de violence en psychiatrie se rencontre dans les services fermés, où les patients sont hospitalisés sous contrainte et donc par essence déjà privés de la liberté de circuler. Pour Blanchard, à l'inverse, le souci d'autonomie peut dériver « *vers une neutralité excessive, une distanciation telle que se perdent le sens de la relation d'aide et la reconnaissance de l'autre dans son affectivité et son désir de considération* ».

D'après Monahan, Steadman et Hunter cités par Wilkniss et al (114), et de façon tout à fait logique, un comportement agressif est associé à une faible adhésion aux traitements et aux soins de façon plus globale, à l'origine de nombreuses rechutes et donc de nombreuses réhospitalisations. Pour eux, cette vive ventilation est due à un manque de connaissance à propos de l'agressivité tant sur le plan neuro biologique que sur la médication la plus adaptée. Pour eux, la violence aboutit donc bien souvent à une gestion restrictive du comportement violent et à des procédures de contrôles aux dépens d'un traitement plus global. Une approche plus globale pourrait permettre la mise en sens et l'inscription dans l'histoire du sujet, du fait violent, de CE fait violent, une meilleure compréhension tant pour lui que pour l'équipe et ainsi, un apaisement de la souffrance. Morin et Michaud (113) propose trois perspectives pour guider la réduction voire l'élimination des mesures de contrôle en psychiatrie : l'une centrée sur l'agir violent en milieu hospitalier, la seconde sur l'expérience vécue et la troisième basée sur l'histoire traumatisante des personnes ayant des problèmes graves de santé mentale.

Ils proposent donc un modèle intégratif de gestion de la violence pour les personnes souffrant de psychose qui allierait : le traitement psycho social et la planification de ce traitement.

Leur postulat est que l'apprentissage est un processus d'adaptation par lesquels les organismes agissent afin de maximiser le renforcement et de réduire toute stimulation aversive. Ils proposent donc de restructurer de manière concrète les renforcements de façon à limiter les

avantages à court terme de comportements socialement intolérables et de renforcer les comportements à caractère sociable. Ils enseignent donc les habiletés sociales, qui peuvent s'être détériorées ou n'avoir jamais été apprises. Il est donc important que plus l'acte ou le fait violent fait trace dans la vie du sujet, plus l'équipe peut aider le sujet à le remettre en sens, plus la violence pourra s'apaiser et par extension la souffrance qu'elle accompagne du côté des équipes. Cette méthode comportementale serait significativement plus efficace sur la violence que le traitement médicamenteux seul (114). L'un des programmes comportementaux utilisé chez les patients hospitalisés à temps plein souffrant de psychose et à l'origine d'une baisse de la violence est le programme d'apprentissage social (social learning program), à partir d'un système de récompense par des jetons. De la même façon, le programme OPC (Outpatient Commitment) est un programme de soins non obligatoires ambulatoires afin de permettre un étayage social plus important qu'un seul suivi en consultation aux patients souffrant de psychose. Ce programme a montré son efficacité en matière d'observance de traitement et une diminution des comportements violents au cours de l'année qui a suivie.

Pour eux, la meilleure gestion de la violence consiste en une approche biomédicale-psychologique-socio-environnementale de la planification du traitement. C'est-à-dire que les patients peuvent mettre en place en amont un plan de crise avec leurs soignants référents, sur le modèle par exemple de l'éducation thérapeutique : à quoi peuvent-ils reconnaître l'angoisse ou les situations de difficultés, que faire pour les rendre plus confortables, repérer à quel moment la violence peut apparaître, en connaître les signes avant-coureurs, que faire alors...

Les patients sont ainsi responsabilisés dans le rôle qu'ils peuvent jouer dans la gestion de la crise agressive ou violente. L'avantage de cette approche est que les interventions qui résultent de la gestion de la violence ne sont plus axées exclusivement sur le contrôle et la gestion du comportement mais constituent des efforts de traitement qui s'occupent directement des déficits ou des excès psychosociaux qui concourent aux comportements du patient.

4.1. La CSI et la contention

D'après le CGLPL, « *Le soin est avant tout au cœur de la prise en charge des personnes privées de liberté... Dès lors, la fonction soignante prend une place essentielle dans la prise en charge des personnes privées de libertés... l'exercice de la fonction soignante en milieu clos*

place les professionnels de santé dans une situation particulière de complexité, tant en ce qui concerne la gestion des actes nécessaires à leur pratique qu'en ce qui concerne leurs relations avec les autres professionnels ».

a. Au niveau architectural

En 2011, l'inspection générale des affaires sociales (115) publie un rapport relatif à l'analyse des accidents en psychiatrie et propose des axes d'amélioration pour une plus grande sécurisation des personnels et des patients :

- Une bonne visibilité à l'intérieur du service, afin de favoriser la surveillance non intrusive (ouvertures, baies vitrées, plan circulaire...)
- Des distances courtes, des espaces dégagés permettant une intervention rapide à n'importe quel endroit du service
- Des fermetures sûres et pratiques en raison du risque de fugue, des possibilités d'isolement et de contention dans des lieux sécurisés
- La préservation des lieux d'intimité

Pour une meilleure cohésion, il pourrait être intéressant lorsque des travaux ont lieu d'impliquer les soignants dans la réflexion et d'avoir le regard pragmatique et pratique de ceux qui sont « sur le terrain ».

b. Un changement des pratiques

La chambre d'apaisement est l'un des dispositifs proposés par la recommandation HAS de mars 2017 (63) : il s'agit d'un espace dont la porte n'est pas fermée à clé et conçue pour apporter un espace de faible stimulation pour la diminution de la tension interne d'un patient. On y trouve matelas, coussins, matériel pour écouter de la musique, fauteuil, livres, lumières douces ; un ensemble d'objets permettant d'expérimenter des stimulations sensorielles agréables.

c. Programme de réduction de l'isolement

Ce genre de programme existe depuis longtemps aux Etats Unis. Le plus connu est le « six score strategies for reducing seclusion and restraint use ». Il s'agit d'un guide édité en 2002 par la national association of state mental health program directors, agence nationale qui administre les hôpitaux psychiatriques de la plupart des états. Cette stratégie peut se résumer en six points donc :

- Modification de l'organisation des soins
- Utilisation des données pour informer sur les pratiques
- Développement et formation du personnel soignant
- Utilisation des outils de prévention
- Responsabilisation : encourager le rôle des patients et des représentants des usagers dans les unités de soins
- Débriefing : à chaque mise en isolement puis 24 à 48h après avec l'ensemble des intervenants

Cela est confirmé par le travail de l'hôpital psychiatrique de Mohawk Valley Psychiatric d'Utica dans l'état de New York. On y note une diminution de l'utilisation de l'isolement et de la contention depuis cinq ans grâce à un leadership organisationnel, une approche interdisciplinaire laissant chaque soignant travailler en toute autonomie, une nouvelle culture de soins en somme fondée sur la coopération soignants/soignés et soignants/soignants. Le critère de non utilisation de l'isolement est devenu un critère qualité et l'hôpital y a investi les moyens nécessaires (116).

4.2. Au CHU de Nantes

a. La formation OMEGA

Depuis quelques années, la formation OMEGA est proposée aux soignants du CHU de Nantes. Pensée par des soignants canadiens, cette formation est axée sur la pacification des états de crise aiguë. Elle met l'accent sur plusieurs principes, certes basiques mais bien souvent oubliés : se protéger, évaluer, prévoir, prendre le temps nécessaire, se centrer sur la personne

(113). Cela aboutit à la création d'une grille du potentiel de dangerosité et à l'appréciation du degré d'alerte qui permet aux soignants d'intervenir en toute sécurité pour eux et pour les patients. Cela implique que l'intervention est menée par n'importe lequel des soignants présent qui se sent en capacité de le faire ou qui a une bonne alliance avec le patient. Cela permet une régulation dans le groupe : ce n'est pas toujours le médecin qui intervient mais c'est effectivement toujours le médecin qui prescrit la chimiothérapie. Il s'agit donc là de faire appel au principe d'autonomie, de travailler en confiance les uns avec les autres et de laisser de côté les traits obsessionnels que nous pourrions tous avoir.

Cette formation si elle était rendue obligatoire, permettrait aux soignants de se dégager de la responsabilité d'en bénéficier ou non. Elle serait aussi le témoin de la prise en compte de l'importance de cette question de la violence et de la parole des personnels de terrain.

Il est d'ailleurs montré que la diminution d'utilisation des chambres d'isolement diminue le coût économique des soins (117).

b. Vers une meilleure articulation médecine du travail – unités de psychiatrie ?

Les services de médecine du travail sont bien souvent boudés par les soignants : les horaires d'ouvertures sont différents, il n'y a pas de possibilité d'être reçu le weekend. Nous avons l'importance et l'utilité du débriefing. Lors de situations de grande violence, il pourrait être intéressant de penser à articuler une reprise des événements par un psychologue du travail, en collaboration avec le médecin responsable de l'unité par exemple, formé à ces questions de retentissement sur les soignants et sur la question de la violence en psychiatrie. La plupart de ces situations sont reprises par un superviseur extérieur ou le médecin responsable d'unité mais un intervenant en médecine du travail pourrait être plus à même de repérer les difficultés propres de chacun et pourrait ensuite permettre une bonne articulation avec le médecin du travail. En effet, si la supervision permet de faire circuler la parole et les affects, la violence et les agressions sur le lieu de travail sont du ressort de la médecine du travail, qui se retrouve bien souvent mise à l'écart de ces situations.

De même, cela pourrait être intéressant que ce psychologue intervienne directement dans les unités ou qu'un membre de l'équipe de médecine du travail puisse proposer de revenir évaluer l'équipe à une semaine ou à un mois de l'évènement, en groupe ou individuellement, en présentiel ou par l'intermédiaire d'un coup de fil, afin que les soignants qui en ont besoin

puissent être accompagnés si ils le souhaitent. Un accompagnement plus près des soignants pourrait permettre un dépistage plus précoce de la souffrance et une orientation plus rapide vers les différentes structures d'accompagnement spécifiques. A ce titre, un futur travail pourrait s'attacher à évaluer si une meilleure articulation unité de psychiatrie – médecine du travail aurait un impact sur la santé au travail.

c. Accompagnement des soignants après un acte violent

Actuellement, lorsqu'un soignant en psychiatrie est victime de violence au CHU de Nantes, il est contraint de se rendre aux urgences pour un certificat médical et doit parfois patienter plusieurs heures alors qu'il vient déjà de subir un traumatisme. Un circuit dédié, s'articulant en aigu avec le service d'accueil des urgences avec la possibilité d'être reçu rapidement (et le cas échéant également par un psychiatre urgentiste), puis le service de médecine du travail avec là aussi la possibilité d'être reçu rapidement, permettrait d'une part une reconnaissance de la souffrance (nécessaire à l'apaisement) et d'autre part serait le témoin pour les soignants et pour les patients que la violence sur un soignant est inacceptable.

La bonne gestion de la violence s'appuie sur deux axes : la bonne prévention secondaire de la crise permise par les formations de gestion à l'agressivité et à la violence, et une prévention primaire qui s'appuie sur la reprise en équipe à 48h de chaque mise en chambre d'isolement. Une approche optimale pourrait être une approche intégrative qui au-delà de prévenir la violence pourrait permettre au patient d'établir un plan de crise, de se responsabiliser et en somme d'apprendre à mieux gérer sa propre violence. Du côté des soignants, l'accompagnement après un acte violent doit être une priorité, avec la création par exemple d'un circuit dédié dans les services d'urgences.

5. Prévention secondaire : une bonne gestion de la souffrance soignante

Malgré tout, parfois, les stratégies de coping sont insuffisantes ou inefficaces. Il convient donc de proposer des soins de qualité aux soignants tout au long de leur parcours de soins.

5.1. Les structures spécifiques dédiées aux professionnels de santé à l'étranger

Le médecin malade psychologiquement, est d'après le conseil de l'ordre un médecin « *dont l'exercice peut être négativement affecté par des problèmes mentaux et/ou d'addiction à l'alcool ou à d'autres substances, y compris les psychomédicaments* ». Il convient de le traiter, mais le médecin n'est pas n'importe quel patient, il est plus difficile à prendre en charge, consulte plus tard et s'automédique dans un premier temps dans la plupart des cas (23) (118).

a. Le PAMQ (programme d'aide aux médecins du Québec)

Le PAMQ voit le jour en février 1990 (118,119), porté par le Dr André Lapierre. Il propose des programmes d'aide aux employés (21) qui sont définis par l'ensemble des actions prises dans l'organisation pour apporter aide et support à l'employé aux prises avec des problèmes personnels compromettant ou susceptibles de compromettre sa santé, son équilibre psychologique et son rendement au travail. Ils peuvent être proposés à un médecin individuellement ou à un établissement de santé. Ils sont organisés en consultations individuelles présentes ou téléphoniques, conférences, ateliers, accompagnement à la réintégration au travail et à la retraite, accompagnement à l'intégration de nouveaux employés.

b. Le PAIMM (programme d'aide aux médecins malades)

Un programme ressemblant au programme québécois voit le jour en Espagne, le PAIMM. Il s'agit d'un programme intégral de soins créé conjointement par l'ordre des médecins de Barcelone et le gouvernement de Catalogne en 1998. Il est cofinancé par la Fondation Galatée. Il s'adresse à des médecins malades en exercice. Il propose une philosophie non punitive,

encourage l'accès volontaire, est axé sur la prévention pour la réhabilitation et oriente au mieux les médecins malades. Les conditions pour y entrer sont les suivantes : avoir le diplôme de médecin, être inscrit à un ordre des médecins, être en activité, souffrir d'une maladie mentale et/ou avoir un trouble lié à l'usage d'alcool et/ou d'autres substances, y compris les médicaments psychotropes. Les soins sont organisés sous forme de contrats thérapeutiques entre le médecin malade et le thérapeute ou entre le médecin malade, le thérapeute, un tuteur et l'ordre médical. Les soins durent de six mois à un an. En 2007, le programme comptait 22 lits d'hospitalisation temps plein et 15 places d'hôpital de jour. La confidentialité y est garantie avec un changement de nom à l'entrée.

La fondation Galatée propose également le programme RETOUR pour les infirmiers et infirmières malades ainsi que des programmes préventifs pour la préparation à la retraite, la santé des internes, la prévention de l'épuisement professionnel, la santé des étudiants en médecine.

Le PAMQ et PAIMM sont des structures dédiées pour l'accompagnement des médecins malades psychiquement. Il existe depuis peu le programme RETOUR, pour les infirmières et infirmiers. La France propose encore peu de structures de ce type.

5.2. Les propositions du conseil national de l'ordre des médecins

Suite aux études inquiétantes à propos du suicide des médecins dans la première moitié des années 2000, le conseil national de l'ordre des médecins, fait un certain nombre de propositions pour venir en aide aux soignants en difficulté :

- mettre en place une cellule de dépistage au niveau du conseil départemental de l'ordre des médecins, comprenant des médecins « *spécifiquement connus par nos confrères pour leurs qualités humaines, leurs compétences médicales mais aussi pour leurs capacités à réagir rapidement à tous les signalements de difficultés médicales chez un médecin en activité* » (118).
- La mise en place d'une visite médicale régulière voire obligatoire.

- La limitation de l'auto prescription avec l'aide des caisses de sécurité sociale, en décidant ne plus rembourser ces auto prescriptions.

L'association d'aide professionnelles aux médecins et soignants (l'AAPMS) voit le jour en juillet 2009 en France, en collaboration avec le conseil de l'ordre des médecins et la CARMF. L'idée est de pouvoir proposer des soins spécifiques aux soignants, dans des établissements dédiés et en respect strict de la confidentialité, inspiré de ce qui existe déjà en Espagne et au Canada.

Un peu plus tard, le PASS (programme d'aide solidarité soignant) voit le jour.

a. Le PASS : le programme d'aide solidarité soignants

Il a été développé en lien avec le conseil national de l'ordre des médecins. Il se compose de six associations et structures référentes pour les soignants :

- l'AAPMS : association d'aide professionnelle aux médecins et soignants
- L'ARENE : association régionale d'entraide du Nord Est
- L'ASRA : aide aux soignants de Rhône – Alpes
- L'ASSPC : association santé des soignants du Poitou Charente
- L'ERMB : entraide régionale des médecins de Bretagne
- MOTS : Médecin Organisation Travail Santé

Le professionnel peut contacter directement l'une de ses associations. Ou bien, il peut appeler le numéro vert de l'AAPMS (gratuit, disponible 24h/24 et sept jours sur sept) 0800 800 854. Il est ensuite orienté vers l'une des associations locales.

b. L'AAPMS (association d'aide professionnelle aux médecins et soignants)

Cette association, dont le bureau est quasiment exclusivement composé de médecins, propose un service d'écoute téléphonique (au 0 800 800 854), assuré par des psychologues, anonyme et confidentiel, 24h/24 et 7jour 7. Le professionnel est suivi par un numéro de dossier qui lui est donné au 1^{er} appel. Ils proposent un accompagnement par entretiens téléphoniques au nombre de cinq maximum. A l'issue de ces cinq entretiens, si l'état du professionnel le nécessite, ils proposent l'orientation vers des associations locales d'aide aux soignants et des

psychologues formés et appartenant au réseau PSYA (réseau leader en France de prévention des risques psychosociaux). Ils sont 900 psychologues, répartis sur l'ensemble du territoire et spécifiquement formés à ces questions.

5.3. Les structures indépendantes du conseil de l'ordre des médecins

a. Le programme du Pr Carayon

En France, le professeur Carayon (gastro entérologue et addictologue) soutenu par le professeur Gache (addictologue) travaille à mettre en place depuis 2006, un programme de prévention et de soins pour les soignants souffrant d'addictions en France et dans les pays francophones en Franche Comté. A terme, la structure devrait compter 42 lits et 10 places en hospitalisation de jour. Elle n'existe toujours pas à ce jour, bien que le Pr Carayon ait monté un projet « qui ne coûte rien à l'état ».

b. L'association pour les soins aux professionnels en santé

Le Pr Carayon a par ailleurs créé avec le Dr Eric Henry, l'association pour les soins aux professionnels de santé (SPS). Elle est complètement indépendante du conseil de l'ordre des médecins, et son conseil d'administration comprend tout le panel des professions de santé : médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens, ostéopathes, aides-soignants, dentistes. Le numéro vert est disponible 24h/24 et sept jour sur sept : 0 805 23 23 36. Ils disposent d'un réseau d'une cinquantaine de psychologues sur toute la France.

Leurs objectifs sont :

- proposer des actions concrètes comme le repérage et l'orientation par l'intermédiaire de sentinelles formées au repérage des soignants en souffrance et à l'intervention auprès d'un soignant en crise suicidaire. Ils proposent des formations dans toute la France (cette année en juillet et en octobre à Nantes).
- l'optimisation du parcours de soins du soignant avec un accompagnement à chaque pas.

Ils proposent également des cafés débats, dans toutes les villes, de sensibilisation à ces questions. Ils mènent régulièrement des enquêtes et des études.

Il existe des programmes similaires en Australie et en Nouvelle Zélande.

Il existe de nombreuses associations pour la santé mentale des soignants, toutes professions confondues, qui offrent une orientation vers des professionnels formés à la question des difficultés et de la santé au travail en santé. Les structures dédiées sont rares en France mais existent déjà depuis plusieurs années en Europe et dans le reste du monde.

5.4. Accompagnement du retour au travail

Egalement, la médecine du travail pourrait tout à fait avoir un plus grand rôle à jouer dans le retour au travail. Le moment de la reprise du travail après un arrêt pour épuisement professionnel est un moment particulièrement important. Le soignant quel qu'il soit s'est arrêté de travailler parfois de lui-même, parfois du fait d'une limite extérieure comme nous l'avons vu avec le cas de Henri. Il ne souhaitait pas s'arrêter, ou s'il le souhaitait, il ne pouvait pas s'autoriser à le demander, cela n'entraîne pas en accord avec ses valeurs « on ne se retire pas ». Il s'agit donc que le retour se fasse en douceur pour que le soignant puisse reprendre confiance en lui. En effet, le rythme de travail, la reprise des relations confraternelles, le retour à l'autorité mettront plusieurs semaines à se retrouver (118).

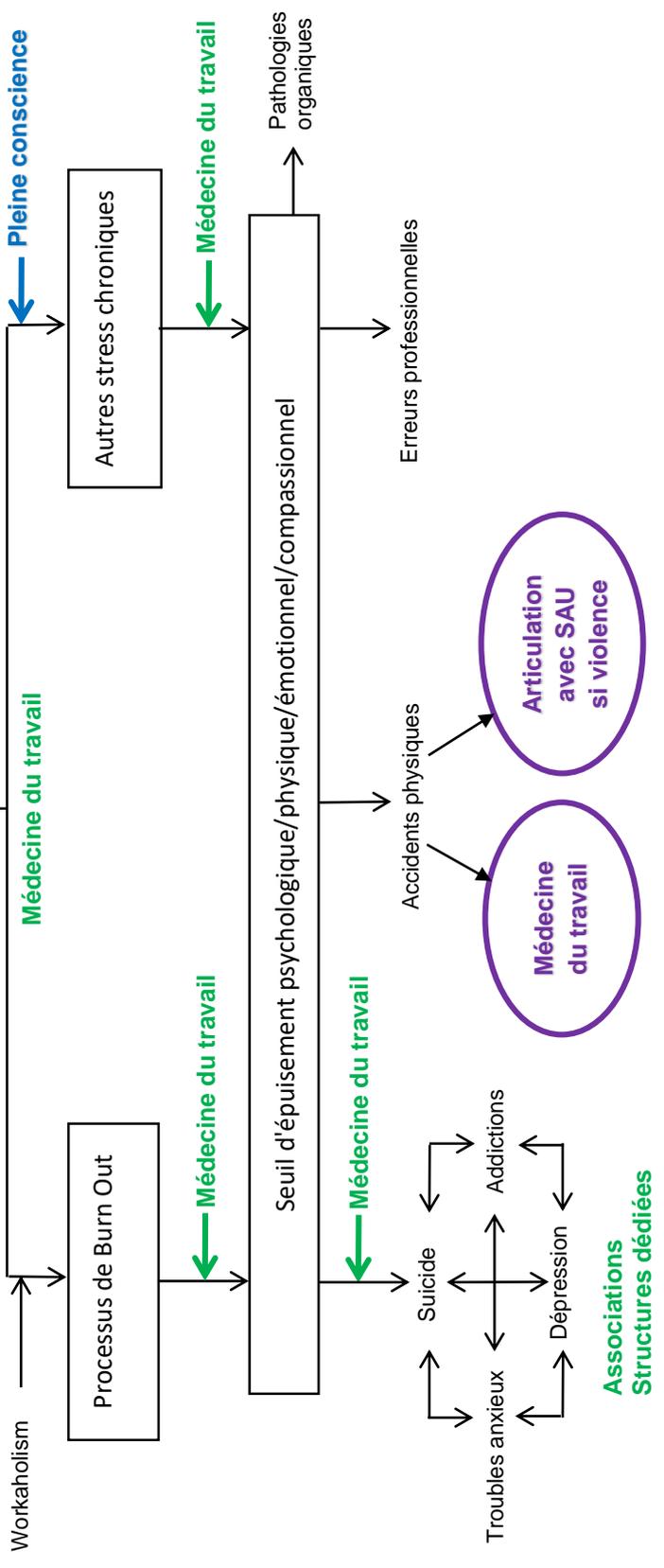
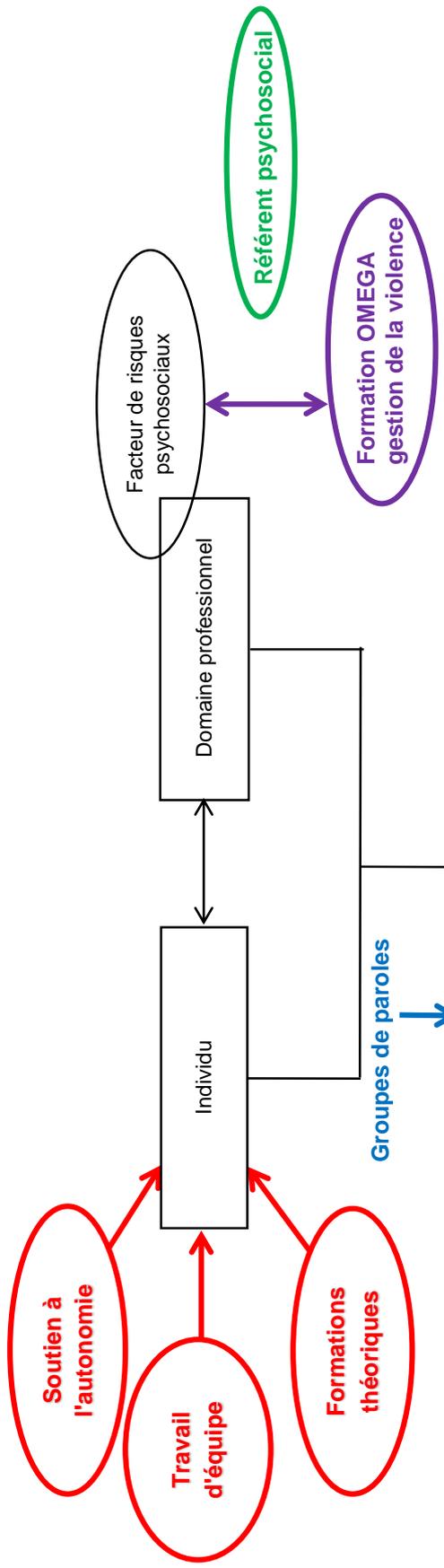
Après le retour au travail, peut-être pourrait-on proposer un accompagnement plus proche que la simple reprise de routine.

La médecine du travail est un outil fondamental dans la prévention des risques psychosociaux, bien que souvent oubliée par les soignants. Il existe probablement de nombreuses façons d'accompagner et de prévenir les situations de difficultés : intervention lors des situations de violence, réévaluation du moral des équipes à distances, accompagnement du retour au travail.

6. Modélisation des tentatives de solutions

Figure 8 : modélisation des tentatives de solutions, inspiré de Chapelle et al (74)

-  Stratégies de coping centrées sur le problème
-  Stratégies de coping centrées sur l'émotion
-  Prévention secondaire
-  Gestion de la violence



Conclusion

Le travail en psychiatrie, riche de rencontres, d'échanges et de partages, comporte un certain nombre de particularités : la temporalité du soin, différente de celle des autres spécialités, l'exposition pour les soignants à la maladie mentale, à la violence de tous ordres, celles des récits, celles des actes que les patients s'infligent à eux-mêmes, celle que les patients, faute de moyens psychiques, infligent aux soignants. L'institution psychiatrique est un système complexe qui s'articule entre des individualités et des groupes dont la rencontre peut être créatrice ou destructrice. Au niveau individuel, c'est l'incapacité de s'adapter aux contraintes de travail qui peut être source de souffrance. Au niveau institutionnel, plus systémique, ce sont les conflits de valeurs entre ce que souhaite le soignant et ce qui est porté par le groupe des soignants lui-même qui peut être source de souffrance. La rencontre entre l'individu et le groupe peut donc être créatrice ou terreau de symptômes, tant individuels comme la fatigue compassionnelle, le burnout que collectifs comme la violence. Ces symptômes viennent alors exacerber la souffrance déjà présente. C'est lorsque différents mécanismes s'intriquent que les travailleurs s'isolent et se coupent des autres et d'eux même qu'ils peuvent être à risque de souffrance. Les suicides en santé sont récurrents ces dernières années. Or, nous faisons tous partie de ce grand système qu'est l'institution et nous avons tous un rôle à jouer dans l'émergence, la perpétuation et l'apaisement de cette souffrance. La santé au travail en psychiatrie semble s'appuyer sur deux jambes : la jambe sécuritaire qui fait appel aux conditions de travail, à l'effectif, au salaire, à l'hygiène du travail et la seconde jambe, celle de l'accomplissement de soi, faisant appel à la créativité, à la responsabilité, à l'autonomie. Le groupe des soignants apparaît alors comme un élément fondamental de la gestion et de la régulation du stress et de la souffrance. C'est par lui que peuvent s'exprimer les compétences de chacun, c'est l'espace qu'il forme dans la rencontre avec le patient qui peut être créateur. Cela passe, semble-t-il, par la reconnaissance des individualités et des compétences au sein du groupe, du rôle différent et complémentaire que joue chaque professionnel. Il peut aussi être un espace de régulation et de gestion des affects. Tout comme le travail s'appuie sur deux jambes, les stratégies d'adaptation que déploient les soignants sont de deux ordres : centrées sur les problèmes ou centrées sur les émotions et font toujours appel à celle centrées sur le soutien social. Et tout comme le travail en santé et la santé au travail s'appuient sur deux jambes, la qualité de vie au travail est garantie par deux pôles : celui de la prévention primaire pour éviter l'émergence des risques psychosociaux et celui de la prévention secondaire qui consiste à

reconnaître et valider la souffrance des soignants d'une part et à la prendre en charge de façon appropriée et respectueuse du travail fourni par les soignants d'autre part. De nombreux projets sont en cours et prometteurs, de nombreux projets sont probablement encore à créer.

Bibliographie

1. Gansel Y, Danet F. Dépasser le malaise et les impasses défensives de la psychiatrie contemporaine. *Inf Psychiatr.* 2007;83(4):303.
2. Oury J. Psychanalyse, psychiatrie et psychothérapie institutionnelles. *VST - Vie Soc Trait.* 2007;95(3):110.
3. Biarez S. Une politique publique : la santé mentale (1970-2002). *Rev Fr Adm Publique.* 2004;111(3):517.
4. Petitjean F, Leguay D. Sectorisation psychiatrique: évolution et perspectives. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2002. p. 786-93.
5. Cougot B. Santé au travail en psychiatrie, exploration des facteurs de ressource et de contrainte en unité ouverte d'hospitalisation à temps complet. 2013.
6. Delaporte A, Marlat D. Note Flash du SIES, Les effectifs universitaires en 2017 - 2018. 2018 mai.
7. Amrouche I. Motivation: les étudiants en médecine s'expriment. *remede.org.* 2017.
8. Thomas T. Factors Affecting Career Choice in Psychiatry: A Survey of RANZCP Trainees. *Australas Psychiatry.* juin 2008;16(3):179-82.
9. Malhi GS, Coulston CM, Parker GB, Cashman E, Walter G, Lampe LA, et al. Who Picks Psychiatry? Perceptions, Preferences and Personality of Medical Students. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 2011;45(10):861-70.
10. Andlauer O, Sechter D. Pour un enthousiasme retrouvé des étudiants envers la psychiatrie. *Inf Psychiatr.* 2013;89(2):179.
11. Blond M. Le psychiatre, un professionnel en danger. De la flamme au Burn out: approches explicatives. 2014.
12. Guyomard - Bottreau MD. La psychiatrie, une médecine à part. Les dangers de sa remédicalisation actuelle et l'intérêt qu'elle garde son statut de discipline marginale sécante. [Lyon]: Claude Bernard; 2016.
13. Calbéra J-B. La profession infirmière: L'historique et le mythe. *VST - Vie Soc Trait.* 2003;79(3):55.
14. Historique de la profession des infirmiers en psychiatrie.
15. Bowers L, Allan T, Simpson A, Jones J, Whittington R. Morale is high in acute inpatient psychiatry. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2009;44(1):39-46.
16. Johnson S, Osborn DPJ, Araya R, Wearn E, Paul M, Stafford M, et al. Morale in the English mental health workforce: questionnaire survey. *Br J Psychiatry.* sept 2012;201(03):239-46.
17. Estry-Behar M, Braudo M-H, Fry C, Guetarni K. Enquête comparative sur le syndrome d'épuisement professionnel chez les psychiatres et les autres spécialistes des hôpitaux publics en France (enquête SESMAT). *Inf Psychiatr.* 2011;87(2):95.

18. Dembinski O. L'expertise psychiatrique au service de la gouvernance ? *Nouv Rev Trav* [Internet]. 30 mars 2013 [cité 9 sept 2018];(2). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/nrt/886>
19. Eyraud B, Velpry L. De la critique de l'asile à la gestion de l'offre en santé mentale : une désinstitutionnalisation à la française de la psychiatrie ? *Rev Fr Adm Publique*. 2014;149(1):207.
20. Cintas C. « Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend... » : le cas d'un hôpital psychiatrique. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2007;4(2):213.
21. Chênevert D, Tremblay MC. Analyse de l'efficacité des programmes d'aide aux employés: le cas du PAMQ.
22. Gyorffy Z, Adám S, Csoboth C, Kopp M. [The prevalence of suicide ideas and their psychosocial backgrounds among physicians]. *Psychiatr Hung Magy Pszichiatrai Tarsasag Tudomanyos Folyoirata*. 2005;20(5):370-9.
23. Lamarche K. Suicide chez les médecins. Enquêtes descriptive auprès des psychiatres de Loire Atlantique. Nantes; 2011.
24. Frank E, Biola H, Burnett CA. Mortality rates and causes among US physicians1. *Am J Prev Med*. 2000;19(3):155-9.
25. Hawton K. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 1 mai 2001;55(5):296-300.
26. Leopold Y. Les chiffres du suicide chez les médecins. Rapport au conseil national de l'ordre des médecins. 2003 oct.
27. DE SUICIDE SET. DIPLOME INTER UNIVERSITAIRE.
28. Arteman A. Médecins en 2011: mieux être pour mieux soigner. 1er colloque du conseil de l'ordre des médecins de la région midi pyrénées; 2010 décembre; Toulouse.
29. ISNAR IMG, anemf, ISNCCA, ISNI. Enquête, santé mentale des jeunes médecins. 2017.
30. Hem E, Grønvold NT, Aasland OG, Ekeberg Ø. The prevalence of suicidal ideation and suicidal attempts among Norwegian physicians. Results from a cross-sectional survey of a nationwide sample. *Eur Psychiatry*. 2000;15(3):183-9.
31. Lindeman S, Läärä E, Hakko H, Lönnqvist J. A Systematic Review on Gender-Specific Suicide Mortality in Medical Doctors. *Br J Psychiatry*. mars 1996;168(03):274-9.
32. Miller NM, McGowen RK. The painful truth: physicians are not invincible. *South Med J*. oct 2000;93(10):966-73.
33. Stéthos international, Centre national des professions libérales de santé. Souffrances des professionnels de santé. Colloque « soigner les professionnels de santé vulnérables »;
34. Thomas NK. Resident burnout. *Jama*. 2004;292(23):2880-9.
35. Hughes PH, Conard SE, Baldwin DC, Storr CL, Sheehan DV. Resident physician substance use in the United States. *Jama*. 1991;265(16):2069-73.

36. Gilibert D, Daloz L. Disorders associated with burnout and causal attributions of stress among health care professionals in psychiatry. *Rev Eur Psychol Appliquée/European Rev Appl Psychol.* déc 2008;58(4):263-74.
37. Lasalvia A, Bonetto, Bertani, Bissoli. Influence of perceived organisational factors on job burnout: survey of community mental health staff. *Br J Psychiatry.* 2009;(195):537-44.
38. Shen H-C, Cheng Y, Tsai P-J. Occupationnal stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan. *J Occup Health Psychol.* 2005;47:218-25.
39. Richards DA, Bee P, Barkham M, Gilbody SM, Cahill J, Glanville J. The prevalence of nursing staff stress on adult acute psychiatric in-patient wards: A systematic review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* janv 2006;41(1):34-43.
40. Prosser D, Johnson S, Kuipers E, Dunn G, Szumukler G, Reid Y, et al. Mental health, « burnout » and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1999;34(6):295-300.
41. Selye H. The general-adaptation-syndrome. *Annu Rev Med.* 1951;2(1):327-42.
42. Van Wassenhove W. *Modèle de Karasek.* Le Seuil; 2014.
43. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *J Occup Health Psychol.* 1996;1(1):27.
44. Niedhammer I, Siegrist J, Landre M-F, Goldberg M, Leclerc A. Étude des qualités psychométriques de la version française du modèle du Déséquilibre Efforts/Récompenses. *Rev Dépidémiologie Santé Publique.* 2000;48(5):419-38.
45. Lazarus RS, Launier R. Stress-related transactions between person and environment. In: *Perspectives in interactional psychology.* Springer; 1978. p. 287-327.
46. Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML. Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2003;161(10):809-15.
47. Lazarus RS. Psychological Stress and Coping in Adaptation and Illness. *Int J Psychiatry Med.* déc 1974;5(4):321-33.
48. Bensaïd A, Guiho-Bailly M-P, Fafond P, Grenier-Pezé M, Dejours C. *Observations cliniques en psychopathologie du travail.* 5ème édition. Presses universitaires de France; 2018. (souffrance et théorie).
49. Kaës R, Pinel J pierre, Kernberg O, Correale A, Diet E, Duez B. *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels.* Dunod. 2012. (Inconscient et Culture).
50. Anzieu D. *Le groupe et l'inconscient.* Dunod. 1975. (psychismes).
51. Dejours C. Organisation du travail - Clivage - Aliénation. *Travailler.* 2012;28(2):149.
52. Lhuillier D. Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. *Nouv Rev Psychosociologie.* 2010;10(2):11.
53. *Risques psychosociaux.* Ministère du travail; 2010.

54. Jules R. Nous vivons dans un monde de moins en moins violent... et nous ne le savons pas. La tribune. décembre 2017;
55. elizeos. Toute l'histoire de la profession infirmière [Internet]. Infirmiers.com. [cité 1 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/presentation/toute-histoire-de-profession-infirmiere.html>
56. OMS. Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. 1996.
57. organisation mondiale de la santé. Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève;
58. Tripodi D, Keriven-Dessomme, Lombrail, Bourut Lacouture, Chabot, Houdebine, et al. Evaluation des risques professionnels perçus chez le personnel du centre hospitalo-universitaire de Nantes. Arch Mal Prof Environ.
59. Schrod H. Violence potentielle des professionnels en lien avec différents contextes. Thérapie Fam. 2004;25(3):323.
60. Panchaud R, Piazza M. V comme violence. Abécéd Psy Regards Soignants Sur Psychiatr.
61. Castel R. De la dangerosité au risque. Actes Rech En Sci Soc. 1983;47(1):119-27.
62. Kaës R, Bleger J, Enriquez E, Fornari F, Fustier P, Roussillon R, et al. L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques. Dunod. 2000. (Inconscient et Culture).
63. Isolement et contention en psychiatrie generale. Recommandations de bonne pratique. Haute Autorité de Santé; 2017 Février.
64. Haibe O. Etat des lieux de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie au CHU de Nantes, au CHS de Blain et au CH de Bouguenais. Réflexion pour une amélioration des pratiques à la lumière des dernières recommandations de la HAS. Nantes; 2017.
65. Zawieja P, Guarnieri F. Epuisement professionnel: principales approches conceptuelles, cliniques et psychométriques. Armand Colin. 2013.
66. Maslach C. Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. Curr Dir Psychol Sci. oct 2003;12(5):189-92.
67. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. J Nurs Manag. avr 2009;17(3):331-9.
68. Maslach C, Goldberg J. Prevention of burnout: New perspectives. Appl Prev Psychol. 1998;7(1):63-74.
69. Maslach C, Jackson. The measurement of experienced burnout. J Occup Behav. 1981;2:99-113.
70. Danhof-Pont MB, van Veen T, Zitman FG. Biomarkers in burnout: A systematic review. J Psychosom Res. juin 2011;70(6):505-24.
71. McCann IL, Pearlman LA. Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. J Trauma Stress. 1990;3(1):131-49.
72. Fortin C. Le vécu professionnel des intervenants de la relation d'aide: les facteurs d'influence de la fatigue de compassion et du traumatisme vicariant. Université du Québec à Chicoutimi; 2014.

73. American Psychiatric Association. Mini DSM - 5 Critères diagnostiques. Elsevier Masson; 2016.
74. Chapelle FG. Modélisation des processus d'épuisement professionnel liés aux facteurs de risques psychosociaux : burn out, bore out, stress chronique, addiction au travail, épuisement compassionnel. *J Thérapie Comport Cogn.* sept 2016;26(3):111-22.
75. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* nov 2002;58(11):1433-41.
76. Figley CR. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. Routledge; 2013.
77. Elowe J. Boulomanie : entre illusion et addiction. *L'Encéphale.* sept 2010;36(4):285-93.
78. Rezvani A. L'addiction au travail. Le travail: du plaisir à la souffrance. Nantes;
79. Andreassen CS, Griffiths MD, Hetland J, Pallesen S. Development of a work addiction scale: Development of a work addiction scale. *Scand J Psychol.* juin 2012;53(3):265-72.
80. Neuburger R. Le mythe familial. Broché. esf; 2015.
81. HAS, ANACT. Repères et principes d'une démarche qualité de vie au travail dans les établissements de santé. Note du groupe établissement - juin 2013. 2013 oct.
82. Matzkin D. Motivation et Satisfaction au travail. Mythes et réalités. management et société. 136 boulevard du maréchal Leclerc 14000 Caen; (Pratiques d'entreprises).
83. Louart P. Maslow, Herzberg et les théories du contenu motivationnel. *Cah Rech.* 2002;1-18.
84. Estryng-Behar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes: Presses de l'École des hautes études en santé publique; 2008.
85. Creusier J. Le rôle du bien-être au travail dans la relation Satisfaction au travail-Implication Affective [PhD Thesis]. Université de Caen; 2013.
86. Spector PE. Perceived Control by Employees: A Meta-Analysis of Studies Concerning Autonomy and Participation at Work. *Hum Relat.* nov 1986;39(11):1005-16.
87. Munro L, Rodwell J, Harding L. Assessing occupational stress in psychiatric nurses using the full job strain model: the value of social support to nurses. *Int J Nurs Stud.* 1998;35(6):339-45.
88. Deci EL, Ryan RM. Favoriser la motivation optimale et la santé mentale dans les divers milieux de vie. *Can Psychol Can.* févr 2008;49(1):24-34.
89. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol.* 2000;55(1):68.
90. Vallerand RJ, Paquet Y, Philippe FL, Charest J. On the Role of Passion for Work in Burnout: A Process Model. *J Pers.* févr 2010;78(1):289-312.
91. Houlfort N, Vallerand RJ. La passion envers le travail: les deux côtés de la médaille. *Rev Multidiscip Sur L'emploi Synd Trav.* 2006;2(1):4-17.

92. Vallerand RJ. On Passion for Life Activities. In: *Advances in Experimental Social Psychology* [Internet]. Elsevier; 2010 [cité 6 juill 2018]. p. 97-193. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065260110420031>
93. Pronost A-M, Le Gouge A, Leboul D, Gardembas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, et al. Effet des caractéristiques des services en oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé: soutien social, stress perçu, stratégies de coping, qualité de vie au travail. *Oncologie*. févr 2008;10(2):125-34.
94. Piel E, Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale. *VST-Vie Soc Trait*. 2001;(4):9-32.
95. Coldefy, M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Prat Organ Soins*. 2009;40(3):197.
96. Reconnaissance de la pratique avancée infirmière.
97. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emerg Nurs*. sept 2010;36(5):420-7.
98. Maillard C. Stratégies pour éviter l'épuisement des infirmières en psychiatrie lors de la prise en charge des patients toxicomanes [PhD Thesis]. Haute Ecole de Santé de Fribourg; 2012.
99. Totman J, Hundt GL, Wearn E, Paul M, Johnson S. Factors affecting staff morale on inpatient mental health wards in England: a qualitative investigation. *BMC Psychiatry*. 2011;11(1):68.
100. Moos R. Size, staffing, and psychiatric ward treatment environments. *Arch Gen Psychiatry*. 1972;26(5):414-8.
101. Armstrong K, O'Callahan W, Marmar CR. Debriefing Red Cross disaster personnel: The multiple stressor debriefing model. *J Trauma Stress*. 1991;4(4):581-93.
102. Campfield KM, Hills AM. Effects of timing of critical incident stress debriefing (CISD) on posttraumatic symptoms. *Journal of traumatic stress*. 2001;volume 14.
103. Huggard PK. Caring for the carers: Compassion fatigue and disenfranchised grief. In: *Australia and Royal Society of New Zealand ANZCCART Conference Proceedings* Accessed November. 2011. p. 2011.
104. Sijbrandij M, Olff M, Reitsma JB, Carlier IV, Gersons BP. Emotional or educational debriefing after psychological trauma: Randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2006;189(2):150-5.
105. Huckshorn KA, CAP I, Director N. Six core strategies for reducing seclusion and restraint use. *Draft Ex Policy Procead Debrie*. 2005;
106. Deneux A. Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 2008;50(1):123.
107. Blanchard F, Morrone I, Ploton L, Novella J-L. Une juste distance pour soigner ?: Ou savoir se rendre proche avec respect. *Gérontologie Société*. 2006;29 / n° 118(3):19.

108. Bazarko D, Cate RA, Azocar F, Kreitzer MJ. The Impact of an Innovative Mindfulness-Based Stress Reduction Program on the Health and Well-Being of Nurses Employed in a Corporate Setting. *J Workplace Behav Health*. avr 2013;28(2):107-33.
109. Gauthier T, Meyer RML, Greffe D, Gold JI. An On-the-Job Mindfulness-based Intervention For Pediatric ICU Nurses: A Pilot. *J Pediatr Nurs*. mars 2015;30(2):402-9.
110. Duarte J, Pinto-Gouveia J. Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *Int J Nurs Stud*. déc 2016;64:98-107.
111. Ando M, Natsume T, Kukihara H, Shibata H, Ito S. Efficacy of mindfulness-based meditation therapy on the sense of coherence and mental health of nurses. *Health (N Y)*. 2011;03(02):118-22.
112. Mackenzie CS, Poulin PA, Seidman-Carlson R. A brief mindfulness-based stress reduction intervention for nurses and nurse aides. *Appl Nurs Res*. mai 2006;19(2):105-9.
113. Morin P, Michaud C. Mesures de contrôle en milieu psychiatrique : trois perspectives pour en guider la réduction, voire l'élimination. *Santé Ment Au Qué*. 2003;28(1):126.
114. Wilkniss SM, Hunter RH, Silverstein SM. Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez des personnes souffrant de psychose. *Santé Ment Au Qué*. 2004;29(2):143.
115. Lalande F, Lepine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. *Inspection générale des affaires sociales*; 2011 mai. Report No.: RM2011-071P.
116. Visalli, Hank, McNasser, Grace. Reducing seclusion and restraint: meeting the organizational challenge. *J Nurs Care Qual*. juill 2000;14(4):35-44.
117. LeBel J, Goldstein R. Special section on seclusion and restraint: The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatr Serv*. 2005;56(9):1109-14.
118. Leriche B, FAROUDJA JL, MONTANE F, MOULARD J-C. Le médecin malade. *Rapp Comm Natl Perm Adopté Lors Assises Cons Natl L'Ordre Médecins Du*. 2008;28.
119. Roman S, Prévost C. La santé des médecins. Etat des connaissances et approches préventives. *Bibliothèque et archives nationales du Québec*; 2015.

Annexe 1 : HAD

1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)

- La plupart du temps 3
- Souvent 2
- De temps en temps 1
- Jamais 0

2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois

- Oui, tout autant 0
- Pas autant 1
- Un peu seulement 2
- Presque plus 3

3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver

- Oui, très nettement 3
- Oui, mais ce n'est pas trop grave 2
- Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1
- Pas du tout 0

4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses

- Autant que par le passé 0
- Plus autant qu'avant 1
- Vraiment moins qu'avant 2
- Plus du tout 3

5. Je me fais du souci

- Très souvent 3
- Assez souvent 2
- Occasionnellement 1
- Très occasionnellement 0

6. Je suis de bonne humeur

- Jamais 3
- Rarement 2
- Assez souvent 1
- La plupart du temps 0

7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)

- Oui, quoi qu'il arrive 0
- Oui, en général 1
- Rarement 2
- Jamais 3

8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti

- Presque toujours 3
- Très souvent 2
- Parfois 1
- Jamais 0

9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué

- Jamais 0
- Parfois 1
- Assez souvent 2

- Très souvent 3

10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence

- Plus du tout 3
- Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2
- Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1
- J'y prête autant d'attention que par le passé 0

11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place

- Oui, c'est tout à fait le cas 3
- Un peu 2
- Pas tellement 1
- Pas du tout 0

12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses

- Autant qu'avant 0
- Un peu moins qu'avant 1
- Bien moins qu'avant 2
- Presque jamais 3

13. J'éprouve des sensations soudaines de panique

- Vraiment très souvent 3
- Assez souvent 2
- Pas très souvent 1
- Jamais 0

14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision

- Souvent 0
- Parfois 1
- Rarement 2
- Très rarement 3

Annexe 2 : MBI

	Jamais	quelques fois par an	une fois par mois	quelques fois par mois	une fois par semaine	quelques fois par semaine	chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail							
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3. Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains patients de façon impersonnelle comme si ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail							
9. J'ai l'impression à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
10. Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12. Je me sens plein d'énergie							
13. Je me sens frustré par mon travail							
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes patients							
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes patients							
18. Je me sens ragaillardi lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							

	Jamais	Quelques fois par an	Une fois par mois	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque semaine
22. J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

0 = Jamais

1 = Quelques fois par an, au moins

2 = Une fois par mois au moins

3 = Quelques fois par mois

4 = Une fois par semaine

5 = Quelques fois par semaine

6 = Chaque jour

Annexe 3 : BWAS

	Jamais	rarement	parfois	souvent	toujours
Vous réfléchissez souvent à la manière dont vous pourriez libérer plus de temps pour travailler					
Vous passez beaucoup plus de temps à travailler que vous ne l'aviez initialement prévu					
Vous travaillez au fond dans le but de réduire un sentiment de culpabilité, d'anxiété, d'impuissance ou de dépression					
Plusieurs personnes vous ont déjà conseillé (ou vous conseillent) de réduire votre temps de travail mais vous ne les écoutez pas					
Vous devenez très vite stressé si vous êtes soudain dans l'impossibilité de travailler					
Vous faites passer votre travail loin devant vos activités préférées, vos loisirs ou des activités physiques					
Vous travaillez tellement que cela a désormais des influences négatives sur votre santé					

Annexe 4 : structure entretien semi dirigé

Population :

- Homme / femme
- Age
- Situation personnelle (en couple ou non, avec ou sans enfant)
- Comment estimez-vous votre état de santé en général ?
(Excellent / bon / moyen / mauvais / je ne sais pas répondre)
- Avez-vous un médecin traitant qui ne soit pas un proche (ami ou conjoint) ?
- L'avez-vous rencontré pour vous au cours de 12 derniers mois ?
- Etes-vous sous traitement ? psychotrope ?
- Souffrez-vous d'un trouble psychique (sommeil, humeur, addiction) ?

Parcours professionnel et santé :

- Pouvez-vous me décrire succinctement votre parcours professionnel ?
- Avez-vous toujours travaillé dans le soin ? en psychiatrie ?
- Le travail en psychiatrie, est-ce un choix ?
- Quelles étaient vos motivations au début de votre carrière ?
- Qu'aimez-vous dans votre travail ?
- Quelles ont été vos difficultés ?
- Moralement comment avez-vous géré ça ? Actuellement, comment qualifieriez-vous votre moral ? Avez-vous déjà eu des idées suicidaires ?
- Avez-vous déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue autour d'un travail introspectif ?
- Actuellement, disposez-vous d'un espace de parole (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, médecin généraliste, groupe de paroles...) ?
- Aviez-vous des difficultés psychiques avant de vous engager vers la psychiatrie ?
- Diriez-vous que vous avez un bon équilibre vie professionnelle / vie privée ?
- Au cours des 12 derniers mois, votre état de santé vous a-t-il contraint à arrêter de travailler ?
- Avez-vous déclaré un accident du travail au cours des 12 derniers mois ? Si oui, quel type d'accident ?

- Avez-vous été insulté par un patient au cours des 12 derniers mois ?

Qualité de vie au travail :

- Comment qualifieriez-vous votre qualité de vie au travail actuellement ?
- Quels sont pour vous les aspects positifs de la profession ?
- Quelles ont été vos difficultés dans votre travail ?
- Lorsque vous êtes en difficulté, à quoi estimez-vous que cela est dû ?
- Quel impact ou quelles répercussions cela a-t-il eu sur vous, moralement ? Avez-vous été contraint d'arrêter de travailler ? comment avez-vous géré la reprise du travail ?
- Souhaiteriez-vous quitter la psychiatrie, avez-vous engagé des démarches dans ce sens ?
- A votre avis, quelle image de la psychiatrie vue par les soignants n'exerçant pas en psychiatrie ? Vue par les familles ? Vue par les patients ?
- Craignez-vous des représailles sur le plan judiciaire ?
- Avez-vous déjà côtoyé un collègue en souffrance ?
- Qu'est ce qui a été fait alors ? Qu'avez-vous fait ?
- Qu'auriez-vous voulu voir être proposé pour ce ou ces collègues ?
- Avez-vous connu un collègue qui s'est suicidé ?
- Si oui, comment avez-vous géré cela ? comment cela a-t-il été géré par l'institution ?

Addictologie :

- comment vous situez vous sur le plan des addictions ?
- Consommez-vous de l'alcool ? des toxiques ? des médicaments en auto médication ou non prescrits ?
- Est-ce pour apaiser un inconfort interne, une tension ou des angoisses liées au travail ?

Avenir :

- Comment imaginez-vous la suite de votre parcours professionnel ?
- Qu'est ce qui pour vous, permettrait que vos conditions actuelles de travail vous soient plus confortables ?

- Qu'aimeriez-vous voir rester à l'identique dans votre travail ?
- Qu'aimeriez-vous voir changer dans votre travail ?

Vu, le Président du Jury,

(tampon et signature)

Professeur Marie GRALL -
BRONNEC

Vu, le Directeur de Thèse,

(tampon et signature)

Dr Karen LAMARCHE

Vu, le Doyen de la Faculté,

Professeur Pascale JOLLIET

NOM : ROMERO

PRENOM : Alexia

Titre de Thèse : Souffrance en psychiatrie et psychiatrie en souffrance : tentatives de solutions

RESUME

Le métier de soignant en psychiatrie est riche et passionnant. La souffrance et la santé des soignants est une question encore peu abordée, et encore moins en psychiatrie. Pourtant, cette population de soignants apparaît être particulièrement exposée à la violence des récits et des actes. Cette exposition peut être responsable de fatigue compassionnelle, d'épuisement professionnel et de burnout. Au-delà de la souffrance individuelle, la souffrance institutionnelle est également à prendre en compte. Ainsi, la santé au travail s'articule autour de conditions de travail confortables couplées à la possibilité d'épanouissement au travail. Les stratégies d'adaptation à la souffrance au travail peuvent viser à diminuer le problème, diminuer l'impact du ressenti négatif sur le soignant. Ces stratégies s'appuient sur le soutien social. Nous proposons dans ce travail des pistes de solutions pour la santé psychique des soignants en psychiatrie, tant sur le plan individuel que sur le plan collectif. Au CHU de Nantes, plusieurs projets sont en train de voir le jour.

MOTS-CLES

Soignants, psychiatrie, burnout, fatigue compassionnelle, institution, risques psychosociaux, violence, solutions, autonomie, santé au travail, qualité de vie au travail, prévention