Gestion des risques psychosociaux et du stress professionnel du personnel hospitalier d'un HIA : repérage et prévention

L. Brulin, E. Le Pape, R. Montéan, M. Bélier, G. Tourinel

Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées R. Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon.

Article reçu le 22 novembre 2012, accepté le 2 septembre 2013.

Résumé

Les risques psychosociaux mobilisent différents acteurs institutionnels dans la perspective d'améliorer les conditions et l'exercice professionnel des personnels soignants au sein des Hôpitaux d'instruction des armées. Du diagnostic de ces risques à travers la lecture de quelques indicateurs à la mise en place de dispositifs de prévention, cet article tente d'aborder sous un angle à la fois clinique et psycho-social les aspects délétères du stress professionnel sur cette population à risque, tant au niveau de sa fonction de soignant qu'à celui de son statut militaire et de la nécessité d'un exercice professionnel extra-frontalier.

Mots-clés : Formations internes. Relation soignant-soigné. Stress professionnel.

Abstract

MANAGEMENT OF THE PSYCHOSOCIAL RISKS AND PROFESSIONAL STRESS OF THE HOSPITAL STAFF OF AN ARMY TEACHING HOSPITAL: IDENTIFICATION AND PREVENTION.

Many institutional actors are mobilized to address the psychosocial risks of the medical staff of Army Teaching Hospitals and improve their working conditions and their performance. This article analyses the noxious aspects of professional stress impacting the medical staff from the diagnosis of the risks, by reading some indicators, down to the implementation of the devices of prevention. The approach is clinical and psychosocial, the harmful effects for this population at risk both at the level of their medical work and as service men and women, are analyzed and yield the conclusion of the necessity of an extra-border professional exercise.

Keywords: Internal trainings. Patient-carer relationship. Professional stress.

Du stress à l'épuisement professionnel (burn-out)

L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 (1) définit le stress comme « un état survenant lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face ». La vulnérabilité individuelle s'exprime de manière symptomatique et différemment selon les situations et la temporalité auxquelles est soumis l'agent. Une exposition prolongée à des sources de stress réduit l'efficacité au travail et génère des problèmes de santé, physiques et psychiques.

Historiquement, Herbert J. Freudenberger (2), psychologue américain, contribua au développement en 1974, de l'étiologie naissante du *burn out*. Cette notion qualifie un stress particulier et massif en lien avec l'activité professionnelle ; surtout pour les personnes dont le travail implique un engagement relationnel. La psychologue C. Maslach a développé une échelle de mesure, le Malasch Burnout Inventory (3). L'« usure » professionnelle se caractérise par :

– un état d'épuisement physique, psychologique et cognitif : fatigue intense avec douleurs diffuses et trouble du sommeil (état de plus de six mois) allant jusqu'à l'épisode dépressif caractérisé ; au niveau émotionnel, l'individu se sent « vidé » et n'est plus capable de recevoir une émotion nouvelle. Cet état n'est pas amélioré par le repos ;

L. BRULIN capitaine, psychologue clinicien. E. LE PAPE, médecin principal, praticien certifié. R. MONTÉAN, TPCSSA, psychomotricien, thérapeute en relaxation. M. BÉLIER, psychologue clinicienne. G. TOURINEL, médecin chef des services, psychiatre.

Correspondance : L. BRULIN capitaine, psychologue clinicien, Service de psychiatrie, Hôpital d'instruction des armées R. Picqué, CS 80002 – 33882 Villenave d'Ornon.

– un sentiment de « déshumanisation » de la relation avec le patient ; détachement et sécheresse émotionnelle s'apparentant au cynisme, mise à distance de l'autre, usage abusif d'un humour grinçant ou noir. C'est un mode de protection de soi, de son intégrité psychique. Cette souffrance du soignant entraîne que le malade est moins considéré en tant que sujet (c'est un cas, une pathologie, un numéro de chambre, un organe malade…) ;

– une baisse du sentiment d'accomplissement de soi au travail. Sur le plan professionnel : sentiment d'inefficacité et d'inutilité, d'impuissance, de frustration et d'échec, culpabilité, démotivation, diminution de la productivité, absentéisme, démission, prédisposition aux accidents du travail. Sur le plan comportemental : agressivité, isolement, abus de substances (alcool, tabac), surconsommation médicamenteuse, troubles des conduites alimentaires, suicide. Sur le plan somatique : troubles du sommeil, crises d'angoisse, troubles gastro-intestinaux (ulcères…), maladies cardio-vasculaires, troubles hormonaux.

Depuis 1984, les théories du stress proposées par Lazarus et Folkman mettent en relation les sources et les symptômes du stress, dans une perspective causaliste.

L'approche interactionniste situation-sujet s'enrichit par ailleurs d'une approche transactionnelle montrant l'influence de la perception de la situation par l'individu (notion de stress perçu) sur les manifestations symptomatiques. La perception par le sujet des exigences professionnelles s'accompagne de celle de ses propres ressources individuelles pour y faire face (contrôle perçu), ainsi que des stratégies adaptatives qu'il va mobiliser (coping).

D'autres auteurs comme Eliezer, cité par A.M. Pronost et P. Tap (4), évoque un sentiment de frustration (impuissance et effraction de l'idéal du soignant) à l'origine de la colère et de conduites d'agression mais aussi un sentiment de culpabilité aboutissant à des conduites de régression (plaintes, commérages, besoin de reconnaissance) et de résignation (absence d'implication à la tâche, focalisation sur soi, évitement des lieux et de ses collègues) puis à de la dépression.

Aujourd'hui, le stress est reconnu comme un risque professionnel et ses indicateurs, précédemment évoqués, tiennent compte des facteurs « subjectifs » dans l'évaluation des risques psychosociaux. De plus, la notion de stress « positif » disparaît au profit de l'identification de sa source, sa prévention, son élimination voire sa réduction.

Les risques psychosociaux et le stress professionnel

Les risques psychosociaux correspondent à des situations professionnelles qui exposent le travailleur à des troubles d'adaptation entre l'individu et son environnement de travail. Ce déséquilibre induit des manifestations somatiques ou psychiques, déterminées par des facteurs causaux, délétères tant au niveau personnel que groupal.

Les modèles explicatifs des déséquilibres générés par l'organisation du travail, tant au niveau des conditions de travail que du management des ressources humaines, ciblent quatre dimensions : la charge mentale (régulation de la charge de travail, clarté des responsabilités, moyens humains et matériels adaptés, accompagnement au changement, etc.), la latitude décisionnelle (autonomie, utilisation et développement des compétences, etc.), le soutien social professionnel (ambiance de travail, coopération et soutien externe, reconnaissance professionnelle, etc.), le système d'alerte et de veille (existence d'un système de veille, connaissance des acteurs à alerter, coordination des acteurs de la prévention, etc.). Ainsi, les risques psychosociaux sont majorés dans le cas d'un fort niveau de charge mentale, des niveaux faibles de latitude décisionnelle, de soutien social et un système d'alerte et de veille inefficace (5).

Les indicateurs d'un contexte professionnel pathogène touchent plusieurs domaines.

Au niveau des conditions de travail et du fonctionnement institutionnel, la fonction et les tâches attribuées aux personnels les soumettent à des contraintes quantitatives et qualitatives parfois importantes selon l'âge ou le sexe. Sur un plan quantitatif, la charge de travail et le niveau de productivité, liés ou non au manque de moyens et d'effectifs, l'augmentation des exigences techniques et administratives, la complexité et le nombre de procédures à respecter, la répétition ou l'ingratitude de certaines tâches sont des sources potentielles de stress pouvant se répercuter sur la qualité du travail (précision, vigilance). De plus, l'implication émotionnelle induite par la relation avec le client ou le patient, le degré d'autonomie dans la fonction sont des critères à évaluer (relation au public ou au patient et aux familles, prévisibilité et flexibilité de l'emploi du temps).

Sur le plan qualitatif et de l'organisation du travail, de la qualité de l'environnement, et de l'aménagement des lieux de travail et des installations, des critères de sécurité pour le salarié doivent être remplis : procédés de fabrication, équipements de travail, substances et préparations chimiques, et dans le contexte hospitalier exposition aux maladies infectieuses et au sang, manipulation des médicaments et dispositifs médicaux ou chirurgicaux. De même, l'organisation et les méthodes de travail ne doivent pas altérer la santé du travailleur en respectant ses rythmes et besoins biologiques, selon les modalités d'aménagement du temps de travail.

Les dispositions du Code du travail applicables à la fonction publique imposent à l'employeur l'obligation juridique d'assurer la préservation de la santé physique et mentale de ses agents. De manière plus spécifique, les conditions du respect de la santé et de la sécurité au travail des personnels militaires et civils du ministère de la Défense ont été réglementées en 2012 (6). Parmi les principes de préventions (7), les risques psychosociaux doivent être évités, évalués et maîtrisés. Leur évaluation associe les services de prévention (CHSCT, médecine de prévention, bureaux de prévention, service social, ressources humaines), ainsi que les personnels concernés, sous la responsabilité pénale du chef d'établissement (8). L'environnement professionnel est évalué en fonction de ses risques sanitaires et non sanitaires réels (9). Une Fiche emploi nuisance (FEN) (10) permet à chaque travailleur

de signaler l'ensemble des contraintes physiques et psychologiques qu'il subit quotidiennement.

Cette démarche nécessite une approche transversale et pluridisciplinaire pour répondre à ces recommandations. Cela suppose des garanties de sécurité, de faire respecter les droits fondamentaux des personnes et les valeurs du service public, de faire appliquer les règles de prévention du Code du travail et de mettre en place une organisation de prévention en matière de gestion des risques psychosociaux (11).

Sur le plan des interrelations professionnelles, les conflits et les valeurs interindividuelles peuvent aussi être des sources de tensions institutionnelles : soutien ou conflits avec la hiérarchie, solidarité ou manque de cohésion dans une équipe, conflits autour de l'ambiguïté des rôles, excès ou l'absence de responsabilités, qualité de la communication entre les personnels, sexisme, harcèlement moral et sexuel (12). Le sentiment d'insécurité au travail, la non-reconnaissance du travail effectué et des efforts fournis, l'impossibilité de développer ses compétences (formation continue, concours internes) et son impact sur l'évolution de la carrière, la rémunération, ainsi que les changements et les restructurations sont autant de paramètres non maîtrisés par les personnels.

Enfin, l'interface famille-travail est aussi à prendre en compte au niveau préventif, afin de veiller au respect et à la compatibilité entre les exigences familiales et professionnelles de chacun, notamment en fonction des situations de crise personnelle.

En résumé, le taux d'absentéisme, le niveau de *turn-over*, le nombre de postes vacants ou isolés, le taux moyen de réalisation de formations, l'atypicité des horaires de travail, l'absence de réunions, la qualité des services et des soins rendus, le nombre d'accidents du travail ou les maladies professionnelles, les actes de violence sont autant d'indicateurs de dysfonctionnements institutionnels.

Risques psychosociaux et prévention : du diagnostic à la prévention, quelques mesures concrètes

L'accord national du 9 juillet 2010 relatif à la prévention du stress et des facteurs psychosociaux (13) prévoit la réalisation d'un diagnostic permettant d'identifier et de quantifier les facteurs de risques psychosociaux. Le repérage et le suivi des situations à risques constituent des indicateurs qui faciliteront l'orientation et la mutualisation de la politique de prévention de ces risques. L'objectif étant de prévenir, réduire ou supprimer ces derniers, différentes stratégies peuvent se mettre en place selon l'intensité de la souffrance des personnels impactés. Dans cette optique, les mesures de prévention sont planifiées sur trois niveaux. Le premier niveau (prévention primaire) consiste à repérer les sources de stress, à dépister les groupes à risque afin de réduire les contraintes et à améliorer la prise en compte du travail fourni ainsi que les relations humaines. Elles consistent aussi en première intention à aménager l'environnement en promouvant les méthodes individuelles et de prévention. Le second niveau vise à limiter les effets des situations stressantes, par la mise en place de programmes de gestion du stress (information sur les sources de stress, l'état de stress et ses effets, techniques de relaxation, médiation), les sujets déjà atteints. Le troisième et dernier niveau doit permettre à l'agent de bénéficier d'un programme de réadaptation après une longue interruption du travail (psychothérapies et traitements médicaux).

Des comités de pilotage composés des membres du Comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), des représentants des instances représentatives du personnel et des organisations syndicales, des membres de la médecine du personnel et du service social, du bureau local des ressources humaines et de la chefferie se réunissent et décident, à partir d'un diagnostic réalisé dans le cadre d'une expertise locale ou centralisée, des mesures logistiques et organisationnelles en matière de prévention du stress professionnel et de réduction des risques psychosociaux.

Au sein de notre établissement, la prévention des risques psychosociaux intervient sur les trois niveaux précédemment décrits. Au premier niveau, le bureau de prévention évalue les risques et fait de l'information. Au second niveau, différents dispositifs traitent de la question du stress professionnel : des séances d'information, d'analyse des pratiques ou groupes de parole, des formations internes ont été mis en place. Au troisième niveau, une prise en charge médico-psychologique est proposée aux personnels en souffrance par le service de psychiatrie dans le cadre de consultations externes. Nous nous intéresserons surtout au second niveau de prévention.

Risques psychosociaux et prévention du stress professionnel : les réunions d'information, les groupes de travail ou de parole

L'instauration de réunions permet l'échange d'informations, d'idées favorisant la prise de décisions et participe à la régulation des émotions en les médiatisant par la parole au sein du groupe. Ces réunions, dont la fréquence fluctue selon les services, ont diverses appellations et répondent chacune à des objectifs spécifiques. Nous pouvons distinguer les réunions cliniques pluridisciplinaires (staffs), les réunions de coordination pluridisciplinaire, les réunions institutionnelles et les groupes de parole.

Les staffs ont pour vocation d'évaluer la situation « médico-psycho-sociale » des patients et de déterminer leurs besoins afin de mieux ajuster le projet de soin en tenant compte de la gestion de la douleur. Les réunions de coordination pluridisciplinaire tendent à définir un projet thérapeutique de manière collégiale et interdisciplinaire, notamment en oncologie, dans le cadre d'un réseau de soins. Les réunions institutionnelles permettent d'informer les équipes des actualités de l'institution et de gérer les dysfonctionnements. Les groupes de parole, dont la création est recommandée par une circulaire ministérielle du 26/8/1986 (14) et dont les principes sont développés au sein d'une brochure réalisée par la Fondation de France et la Société française

d'accompagnement et de soins palliatifs (15), ont pour objectif l'écoute et le soutien psychologique des équipes soignantes (et administratives) afin de prévenir l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel, d'améliorer la relation soignant/soigné, l'accueil des patients et des familles, etc. Le groupe fonctionne selon le principe du volontariat, dans le respect de la confidentialité, de la liberté de parole et du droit de ne pas s'exposer, dans le respect de la parole d'autrui (absence de jugements, de critiques, moqueries…). La dynamique du groupe peut s'organiser autour d'une prise en charge difficile, l'évocation des situations problématiques, un partage de ses expériences, l'expression d'émotions, le choix d'un thème particulier. Les groupes de parole ont vocation à apaiser les tensions individuelles et collectives, d'identifier les situations problèmes et d'envisager en groupe des solutions.

Au sein de notre établissement, ces groupes ont vu le jour au sein du service de réanimation et la demande tend à se généraliser vers d'autres services, tels que les urgences ou les services pratiquant les soins palliatifs. Ils permettent notamment aux soignants de déposer leur culpabilité de ne pas toujours être à la hauteur de leur conception idéale du soin, d'aborder la question des fiches de poste et des responsabilités professionnelles par catégorie, ou encore d'évoquer des difficultés individuelles et/ou relationnelles.

Enfin, en cas d'épuisement professionnel, des consultations psychologiques sont proposées à titre individuel à la demande des personnels concernés ou par l'intermédiaire des cadres de santé, ou parfois sur les recommandations de la médecine préventive de l'établissement, afin d'accompagner les soignants et de les soutenir dans des situations difficiles, tant sur un plan personnel que professionnel. Enfin, une prise en charge spécialisée peut permettre l'apprentissage et le contrôle de la dimension physiologique du stress (méthodes de relaxation…).

Le soutien psychologique dans le cadre de l'oncologie et des soins palliatifs

L'ouverture de l'établissement au partenariat avec d'autres structures hospitalières voisines valorise l'activité de soin. Une convention inter-établissements, signée en 2003 avec la Maison de santé Marie Galène, spécialisée en oncologie et en soins palliatifs a été reconduite. Celle-ci garantit l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs dans les services de l'HIA pratiquant l'oncologie, ainsi qu'au domicile des patients (HAD), en partenariat avec un réseau de soins palliatifs à domicile. De plus, selon les recommandations de l'HAS, le dispositif d'annonce en oncologie a été instauré, permettant un premier temps consacré à l'annonce du diagnostic de la maladie et un second temps d'« accompagnement soignant ». Ce dispositif a été renforcé par l'intervention d'un bénévole d'accompagnement d'une association (Pallia Plus) visant à maintenir le tissu social et relationnel autour du patient en assurant une présence et une écoute du patient et des personnels soignants, en lien avec les psychologues et les médecins. Enfin, le renforcement de l'équipe des psychologues avec la création de deux postes de psychologues supplémentaires pour les patients et l'accompagnement des familles, notamment dans le cadre du plan cancer, au bénéfice des services médicaux et chirurgicaux (2002 et 2010), l'ouverture d'un contrat de réserviste psychologue pour la réanimation (2012) offrent de nouvelles perspectives d'intervention, notamment de satisfaire l'ensemble de demandes cliniques et de répondre au mieux à l'évolution de l'offre de soin et des projets d'avenir.

Risques psychosociaux et prévention du stress professionnel : le rôle des formations internes

Dans la perspective de soutenir les personnels hospitaliers dans leur mission, la chefferie de l'HIA R. Picqué a souhaité la mise en place de formations internes, en cherchant à répondre aux besoins des équipes d'acquérir un meilleur « savoir-faire » et « savoir-être » dans l'exercice de leur profession, paramédicale ou administrative. La « cellule formation » du Bureau local des ressources humaines (BLRH) a contribué à l'organisation de ces formations avec les personnes ressources de psychiatrie (médecins, psychologues, psychomotricien) ainsi que les responsables de la coordination des soins sur l'établissement.

Nous évoquerons l'existence de trois formations internes directement impliquées dans la question du stress professionnel et dans la relation soignant-soigné :

– le « cycle de sensibilisation à la relaxation », mis en place en 2003 et animé par un psychomotricien, thérapeute en relaxation ;

– « Soins infirmiers en oncologie », mise en place dans l'établissement en 2004 puis délocalisée à l'École du Val-de-Grâce en 2007 ;

– « Côtoyer la mort en situation professionnelle » créée en 2007, à destination des soignants, des brancardiers, des officiers de permanences et des personnels administratifs confrontés aux toilettes mortuaires, au transport et présentation de corps ;

– « Prise en charge de la douleur chez la personne âgée » et son enseignement en psychologie ajouté en décembre 2009, pour les soignants confrontés à la vieillesse et la fin de vie.

Mobilisant les ressources humaines et les compétences professionnelles de leurs agents, ces formations internes valorisent les pratiques de chacun et permettent une transmission d'un savoir et d'une expérience autour du soin, ainsi que des échanges interpersonnels et pluridisciplinaires. Pour AM. Pronost, P. Tap (16), la formation « agit comme mode de prévention du *burn-out* […] face au stress associé à la mort des patients. Elle […] renforce le réalisme des conduites et des évaluations, donne un sens nouveau à l'accomplissement personnel, en le dissociant du sentiment de toute-puissance, par sa mise en relation avec les conduites et projets inter-individuels et, plus généralement, collectifs. »

Ces formations ont des objectifs spécifiques, abordant différents domaines comme l'apprentissage des différentes techniques de relaxation, le travail de réflexion sur la relation de soin, notamment dans le cadre de la prise en charge de la douleur chez la personne âgée et de l'accompagnement en fin de vie en oncologie et en soins palliatifs, jusqu'à la prise en charge des défunts sur un plan pratique ainsi qu'un échange pluridisciplinaire autour de la question de la mort. Les références théoriques s'inscrivent dans une perspective intégrative, répondant à différentes orientations en psychologie (psychanalyse, psychopathologie, psychologie de la santé, psychologie sociale, psychologie du travail, thérapies cognitives et comportementales).

« Le cycle de sensibilisation à la relaxation »

Cette formation, animée par un psychomotricien, thérapeute en relaxation, propose un éventail de techniques de relaxation avec une mise en pratique et une théorisation qui touche à la gestion du stress. Elle a de même pour vocation de mobiliser une réflexion sur la place du corps dans la relation de soin.

Ces deux objectifs nécessitent un apport théorique. La formation s'organise donc dans une sensibilisation des approches cognitivo-comportementales et psychanalytiques qui se réfèrent à la relaxation.

Les méthodes de relaxation utilisées dans la dimension éducative et « couvrante » s'articulent sur le premier cycle du training autogène ou méthode de Schultz (17), la méthode de Jacobson, la Sophrologie, les Techniques d'optimisation du Potentiel TOP, le yoga-nidra, la méthode Vittoz. Nous retrouvons fréquemment dans notre pratique soignante et formatrice, des témoignages liés aux formations existantes en TOP, des militaires préparés pour les opérations extérieures ainsi que des expériences en lien avec le SAS de décompression mis en place à Chypre.

Dans un deuxième temps, nous proposons donc la relaxation à inductions variables (méthode Sapir) mobilisant une réflexion sur les inductions verbales, silencieuses et le toucher. « En Relaxation à inductions variables, le sujet est impliqué directement dans son rapport entre la parole et le geste d'autrui et son propre corps. Étant allongé, il est dans une position rappelant celle qu'il inflige, pour ainsi dire à ses propres soignés. Par-là, déjà, elle est formatrice… » (18). L'approche est d'inspiration psychanalytique et se rapporte en particulier aux travaux de Ferenczi et de Michel Sapir. Ces références d'orientations psychanalytiques et psychosomatiques, sont proposées au travers d'un dispositif suppléant le temps du « dire » analytique par la présence d'un temps réservé au « corps ». Le développement de la psychothérapie de relaxation dans la prise en charge des patients (militaires et civils) présentant des états de stress post-traumatique, étoffe toute une réflexion dans le cadre de cette formation concernant la clinique du « traumatisme psychique ».

Le dispositif de la formation intègre donc une sensibilisation à ces différents modèles théoriques sur la base d'une pratique de relaxation organisée sur dix séances. Les candidatures des soignants sont volontaires. Le groupe est dit « fermé », composé des mêmes personnes tout le long du stage et limité à huit participants. Les dix séances du cycle durent une heure et demie chacune, et sont réparties tous les quinze jours, hors vacances scolaires. Elles se déroulent dans un lieu calme et spacieux. Le cadre et l'assiduité sont les éléments clés à une dynamique de parole et de réflexion sur les mécanismes interrelationnels mis en jeu.

Le cycle de sensibilisation à la relaxation, existe depuis dix ans avec ses deux sessions annuelles. La dynamique de chaque groupe, mesurée par l'utilisation de questionnaires, est le reflet de l'intérêt et de l'apport de ces espaces de parole et de réflexion. L'indice de satisfaction concernant la formation, évalué dans les questionnaires, oscille entre « bonne » et « très bonne ». Il ressort en particulier l'intérêt du travail du groupe et les mécanismes d'identification aux autres, qui rassure et prend sens dans ces différents partages d'expériences : « Indispensable pour formaliser son ressenti avec l'aide de l'animateur. Enrichissant et véritable outil de réflexion sur soi-même dans la mesure où le groupe a beaucoup échangé… Révélateurs de nos angoisses, de nos émotions et de notre force. » Nous terminerons sur la dimension subjective de ces retours d'expérience par ces deux témoignages : « Cette formation m'a permis d'être moins réactive et agressive dans une situation de conflit et de ce fait, une plus grande facilité à lâcher prise. » Nous retrouvons des impressions similaires avec un autre participant : « Un miroir sur moi-même, une expérience collective, riche en enseignement, du plaisir à se détendre, la prise de conscience de mes peurs, mes doutes et mes garde-fous. »

« Soins infirmiers en oncologie »

Cette formation interne, s'inscrivant dans le cadre de la formation continue des personnels paramédicaux exerçant dans les services pratiquant des chimiothérapies, a été élaborée en 2004, parallèlement à la mise en place du comité de coordination en cancérologie à l'HIA R. Picqué. Correspondant à un axe des projets d'établissement ainsi qu'au « plan cancer » 2004/2007, les objectifs consistaient initialement à partager l'expérience et les connaissances entre professionnels sur le terrain, à acquérir des connaissances sur l'épidémiologie et les traitements des cancers, à connaître les actions des médicaments et leurs effets indésirables, à maîtriser les techniques d'utilisation des chambres implantables. De 2005 à 2006, 70 personnels ont été formés sur 12 journées, puis la formation fut externalisée à l'École du Val-de-Grâce au profit des personnels paramédicaux de l'ensemble des HIA. De 2007 à 2013, le nombre d'intervenants a augmenté ainsi que la durée de la formation (de deux à trois jours). De même, le contenu pédagogique a été amélioré en fonction des demandes des participants. Dans l'optique du sujet qui nous intéresse, cette formation comprend l'intervention d'une psychologue clinicienne sur les « soins de support en oncologie et le dispositif d'annonce », sur l'« Éthique dans la prise en charge des patients cancéreux », ainsi qu'un groupe de travaux dirigés, modéré par un médecin pneumologue, permettant d'aborder les questions du patient cancéreux, de la

relation soignant-soigné, de la dimension psychologique de la maladie et de l'annonce du diagnostic. En effet, il s'agit de présenter d'un point de vue théorique les étapes de la maladie et les réactions psychologiques du patient cancéreux en les illustrant cliniquement. D'autre part, il s'agit aussi de parler du vécu des soignants, de la gestion émotionnelle et comportementale des situations de soin en fin de vie, de la pénibilité du travail au sein des services pratiquant les soins palliatifs (répétitivité des décès, manque de temps pour l'accompagnement psychologique, etc…). Enfin, des questions éthiques sont régulièrement soulevées par les participants, notamment autour de certaines prises en charge (demandes d'euthanasie, positionnement dans la relation).

« Cotôyer la mort en situation professionnelle »

Les chiffres communiqués par le service d'information médicale indiquent un nombre croissant de décès et de fins de vie à l'hôpital, notamment dans les services de réanimation et de pneumologie particulièrement exposés du fait de la lourdeur des pathologies rencontrées. En 2007, la formation « cotôyer la mort en situation professionnelle » a été mise en place au profit des brancardiers, des officiers de permanence et des paramédicaux confrontés aux fins de vie, aux toilettes mortuaires, au transport des corps, à leur présentation aux familles et à l'accompagnement de ces dernières (social et psychologique), ainsi qu'à l'ensemble des démarches administratives (constat de décès, inventaire des effets personnels).

Les objectifs sont d'harmoniser et d'améliorer les pratiques hospitalières en matière de prises en charge des patients en fin de vie et des défunts, de se familiariser avec les démarches administratives et de s'exprimer sur la question de la mort, par session de quinze personnes maximum, notamment les personnels nouvellement affectés ou ceux qui y sont fréquemment confrontés, sur deux jours. Des présentations théoriques abordent divers thèmes : le thème de la mort sur un plan historique et culturel, la question des rites funéraires, la présentation statistique de la létalité à l'hôpital, la question de l'accompagnement psychologique des patients en fin de vie et de leur famille, celle du stress et de l'épuisement professionnel des soignants, la spécificité des prises en charge en réanimation et en pneumologie (pathologies létales), la présentation des soins mortuaires et des formalités administratives. Sur le plan pratique, une visite au dépositoire est organisée avec un entraînement, par la technique du jeu de rôle avec un mannequin, au transport, à la manipulation et à la présentation du corps au dépositoire. Enfin, un espace de parole en fin de session permet de partager en groupe son expérience et ses appréhensions dans la gestion des fins de vie et des décès à l'hôpital.

Un psychologue, deux infirmières, un agent d'amphithéâtre pratiquant les soins mortuaires de préparation et de conservation, des médecins réanimateur, pneumologue et psychiatre, ainsi qu'une assistante sociale animent cette formation.

Les évaluations de la formation par les participants ont montré une satisfaction générale, tant sur le plan de son organisation que de son contenu à la fois pratique et théorique (notes attribuées de 15 à 18 sur 20) (19). La plupart la considère comme étant de bonne qualité et source d'intérêt, voire « utile » pour 76 % et « indispensable » pour 47 % des participants. Les personnels ont exprimé le sentiment que leur travail était pris en compte, ainsi que les difficultés qu'ils rencontraient. La table ronde a fait émerger quelques dysfonctionnements et autres propositions qui ont pu être formalisées et soumises à la hiérarchie.

Les points positifs ont montré une amélioration chez les participants quant à la compréhension des réactions des familles, l'accession à une vision globale et chiffrée de la mortalité à l'hôpital, l'instauration d'un dialogue et d'un échange des expériences personnelles entre les officiers de permanence, l'apport d'éclaircissements sur la réglementation en vigueur, la confrontation concrète aux situations stressantes (dépositoire). Les critiques ont pointé un besoin méthodologique des participants en matière d'apprentissage à la gestion du stress ainsi qu'une terminologie parfois peu accessible aux personnels non soignants. L'accueil des familles reste une question anxiogène pour beaucoup de soignants.

Formation « douleur et personne âgée »

Les risques psychosociaux des personnels face à la personne âgée douloureuse ou présentant des manifestations anxieuses, dépressives ou démentielles.

Dans le cadre de la gestion des risques sanitaires, le Comité de lutte contre la douleur en soins palliatifs (CLUDSP) réunit de nombreux professionnels ainsi que les responsables d'établissements. Répondant aux objectifs d'un plan national (20) pour l'amélioration de la prise en charge de la douleur, édité par le ministère de la Santé et des solidarités, les membres coordonnateurs du groupe ont mis en place une formation à destination des soignants visant à « l'amélioration de la prise en charge des personnes les plus vulnérables (enfants, personnes âgées et en fin de vie) ».

Une infirmière « coordinatrice douleur » a mis en place une formation « douleur » dans le cadre de la formation interne au sein de notre établissement, en y adjoignant à partir de 2009 un modèle « psy ». Cet enseignement de psychologie permet de faire le point plus spécifiquement sur le thème de la souffrance des personnes âgées à travers le vieillissement cognitif, l'anxiété, la dépression, les démences, de parler de leur évaluation et de leur traitement, de faciliter leur identification et compréhension, et surtout d'envisager les conduites à tenir pour les soignants face aux troubles comportementaux et psychologiques. L'occasion est ainsi donnée aux personnels soignants de partager leurs expériences personnelles et de se sensibiliser à la notion d'« humanitude » qui est une méthode de soin visant à restituer à la personne sa dignité d'être humain et qui s'inscrit ainsi dans une démarche de bientraitance. Élaborée par Y. Gineste et R. Marescotti (21), elle est centrée sur la qualité des interactions entre soignant et soigné. Nous explorons les situations quotidiennes des services avec un regard nouveau, éclairées par des témoignages vidéos d'équipes déjà formées à ce type de

prise en charge (entrer dans la chambre d'un patient, la communication, le repas, la toilette, calmer un patient agité). Les évaluations de la formation et notamment de l'enseignement de psychologie sont positives, car la formation est en effet décrite comme « très instructive et intéressante », surtout de par sa dimension interactive.

Enfin, d'autres formations sont proposées au personnel dans le cadre de la formation continue en partenariat avec d'autres structures (universités, centre de formations) ou sur l'établissement même avec des formateurs extérieurs (gestion de l'agressivité par exemple).

Risques psychosociaux liés aux spécificités militaires

Les personnels opérationnels de l'hôpital sont amenés à partir en mission extérieure, parfois de manière fréquente (antenne chirurgicale, équipe médico-psychologique, Hôpital médico-chirugical). Ils subissent un stress professionnel important.

En effet, ils sont amenés à exercer en situation dégradée voire de catastrophe. Ils sont soumis à la vision répétée de blessés graves ou de cadavres, impliquant des militaires ou des populations civiles et souvent des enfants. Ces pathologies sont sensiblement différentes de celles rencontrées en métropole, y compris à l'hôpital, y compris aux urgences ou en réanimation. Ces personnels du SSA soutiennent au plus près leurs camarades des forces avec un risque opérationnel permanent.

Ce stress, ajouté aux contraintes professionnelles en métropole, accroît la fatigabilité et augmente donc le risque d'épuisement professionnel. Il convient donc de veiller particulièrement au personnel projeté, avec l'organisation d'une réunion d'information avant le départ et la mise en place d'un entretien avec le médecin du personnel au retour de mission.

En ce sens, le soutien OPEX de l'HIA R. Picqué, dont l'organisation a été définie par une note de service du 18 novembre 2008 a pour but d'optimiser l'accompagnement des personnels désignés pour un départ en opérations extérieures. Il est composé d'une « cellule OPEX » en charge des démarches administratives, de l'organisation des séances d'instruction et des différentes perceptions, de la « cellule d'aide aux familles » composée d'une assistante sociale, des présidents de catégorie et d'un psychologue, destinée à soutenir les familles, d'une cellule « référents OPEX » (personnels de l'HIA déjà partis en mission) dont la vocation est de répondre aux questions techniques des personnels en partance.

En mission, les personnels soignants bénéficient du soutien des spécialistes en soins psychiques présents sur le théâtre d'opérations. Les équipes médico-psychologiques du SSA et les psychologues de la Cellule d'intervention et de soutien psychologique de l'armée de Terre (CISPAT) sont présents auprès des personnels soignants au Mali, en Jordanie et en Afghanistan.

Par ailleurs, le SAS de décompression de Chypre mis en place par la CISPAT est ouvert aux personnels du SSA de retour de mission extérieure, dans le cadre de la prévention du stress professionnel lié à l'engagement opérationnel.

Dans cette même perspective, le ministre de la Défense a sollicité les psychologues du SSA en tant qu'intervenants principaux du dispositif « Écoute Défense », offrant aux ressortissants du ministère de la Défense (dont les personnels du SSA) et à leur famille une écoute ainsi qu'une orientation vers des structures de soins spécialisés.

Le service de psychiatrie de l'HIA R. Picqué travaille en étroite collaboration avec les médecins des Centres médicaux des armées (CMA) dont le médecin du personnel de l'HIA, premier référent en termes de soutien psychique pour les personnels militaires de l'hôpital. Les médecins d'unité sont sensibilisés et formés au repérage précoce des symptômes de souffrance voire de traumatisme psychique au retour de mission extérieure, en particulier avec l'utilisation de l'échelle de dépistage *Post-traumatic Check List Scale* (PCLS) dont les résultats, après autoévaluation du patient, permettent de juger de l'opportunité d'une orientation vers une consultation spécialisée. Les psychiatres, psychologue et psychomotricien du service de psychiatrie de l'HIA R. Picqué proposent des rendez-vous d'évaluation et thérapeutiques dans un délai court au profit de ces personnels militaires de l'hôpital. En cas de nécessité de mise en place d'un suivi prolongé, celui-ci peut s'effectuer au sein de l'hôpital ou auprès d'un confrère civil inscrit dans notre réseau de soins, selon les préférences du patient.

Conclusion

Les personnels des HIA constituent une population à risque en termes de stress professionnel. Ils sont soumis aux pressions psychiques qui pèsent de plus en plus sur le personnel soignant hospitalier (profession fortement sujette au burn out). De plus, les contraintes propres au statut de militaire les exposent à des facteurs de risque spécifiques, en particulier lors des projections en opération extérieure.

L'évaluation et la gestion des risques psychosociaux est une obligation légale prévue par le Code du travail dans le cadre de l'exercice professionnel des personnels hospitaliers. Les HIA et ses différents acteurs remplissent chacun à leur niveau leur rôle de régulation du stress professionnel.

Les indicateurs des risques psychosociaux chez les personnels soignants sont aujourd'hui suffisamment connus pour permettre de dépister de potentielles situations professionnelles problématiques, de poser un diagnostic et d'envisager la mise en place de mesures de prévention. Celles que nous avons exposées dans le cadre de cet article proposent aux personnels hospitaliers des dispositifs formalisés d'échanges d'informations, de partages de savoirs et d'expériences personnelles, d'acquisitions de connaissances, d'harmonisation et de réflexion autour des pratiques professionnelles et plus largement autour de la relation soignant-soigné.

D'autres actions s'inscrivent dans la prévention et la prise en charge de risques liés à la spécificité du métier de militaire, en particulier les symptômes psychiques au décours d'opérations extérieures. Ces actions s'associent de manière cohérente au plan d'action des troubles psychiques post-traumatiques du SSA.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Accord national interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008, transposant en droit français l'accord européen sur le stress au travail du 8 octobre 2004 dans le cadre de l'article 138 du traité de la commission européenne.
2. Freunberger HJ. Staff burn out. Journal of social issue, 1970, 30 : 159-65.
3. Malasch C, Jackson S-E. The measurement of experienced burnout, in journal of occupational behaviour, 1981;vol. 2:99-113.
4. Pronost AM, Tap P. Usure professionnelle et formation en soins palliatifs, in Les cahiers internationaux de psychologie sociale, mars 1997, n°33:79.
5. Montreuil E. Identifier et prévenir les risques psychosociaux. Guide SECAFI à l'attention du CHSCT, www.secafi.com
6. Décret n°2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la Défense.
7. Les principes généraux de prévention du Code du travail applicables aux risques psychosociaux, directive européenne cadre du 12 juin 1989 transposée dans le droit du travail français par la loi du 31 décembre 1991, Code du travail, article L.4121-2 (ancien art.L.230-2, II).
8. Circulaire fonction publique, DGAFP B9 n°10-MTS1013277C du 18 mai 2010 sur le rappel des obligations des administrations d'État en matière d'évaluation des risques professionnels.
9. Décret du 5 novembre 2001, article R.4121-1 à 5, Code du travail.
10. Décret du 30 mars 2011 et article L.4123-1, Code du travail.
11. Décret du 28 mai 1982, modifié par décret du 28 juin 2011, article 3, définissant les règles applicables en matière de santé et de sécurité, livres I à IV de la 4e partie du Code du travail.
12. Article 22-33-2 du harcèlement moral, du Code pénal (section 3 bis) modifié par la loi n°2012-953 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel et article 222-33 de l'exhibition sexuelle et du harcèlement sexuel du Code pénal (section 3 paragraphe 4).
13. Accord du 9 juillet 2010 relatif à la prévention du stress et des facteurs psychosociaux, ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, convention collective nationale, brochure n°3072 :51.
14. Circulaire dgs/3 d du 26 aout 1986, relative à l'organisation des soins et à l'accompagnement des malades en phase terminale (dite circulaire laroque), ministère du Travail, de l'emploi et de la santé.
15. Création d'un groupe de parole pour le soutien des soignants et des bénévoles. Paris : Fondation de France (éditeur), 1994/3:14 p.
16. Pronost AM, Tap P. ibid
17. Schultz JH. Le training autogène. PUF 1958,1997 Paris.
18. Sapir M. La relation au corps. Dunod, 1996, Paris :232.
19. Fiche d'évaluation, session 2007, BLRH, HIA R. Picqué.
20. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur. Ministère de la Santé et des solidarités (2006-2010).
21. Humanitude : comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes Vieux, Gineste Y, Pellissier J, ed. Armand Collin, 2007.