

ECHO RÉSEAU

Nantes - Pays de Loire

COMPAS émanant du rapprochement de RESPAVIE et du RTCN

Madame la Présidente
Mesdames, Messieurs
les membres du conseil d'administration
et l'équipe de coordination

**vous adressent
leurs meilleurs vœux
pour l'année 2013.**

Les soignants face à la violence

Mots des présidentes

En cette fin d'année 2012, je vous présente mes meilleurs vœux. Je quitte la présidence de Respavie pour cause de retraite, après avoir connu sa création, son évolution durant 16 ans.

Quelques repères

- septembre 1996 réunion d'un groupe de réflexion sur la prise en charge des soins palliatifs de la région nantaise avec la volonté de création d'un réseau de 11 établissements

- le 23 juin 1998: création de respavie
- en 2003: élection en tant que présidente
- en 2006: ouverture du réseau domicile
- le 6 décembre 2012: fusion avec RTCN et changement de nom officialisé en AG. Le réseau rtcn/respavie devient « Compas »

je suis fière du travail réalisé, de l'évolution de la connaissance en soins palliatifs des soignants.

Nous avons tous participé au développement et à l'ancrage de Respavie dans le paysage nantais. Un grand bravo à tous, mes remerciements pour votre confiance durant toutes ces années.

je souhaite bon vent à tous et longue vie à Compas.

Catherine OMET

Bonjour à tous et à toutes, accepter ce poste de présidente, tenter d'apprendre cette nouvelle position commence par cet exercice à la fois essentiel et difficile du « mot du président »:

Remercier

Remercier tous ceux qui m'ont fait confiance pour apprendre progressivement, depuis dix ans, le travail en réseau. Tout d'abord à OncoPL auprès de Hervé Lacroix, puis au Réseau Territorial de Nantes où nous avons travaillé avec Marc André Mahé à la mise en place de la chimiothérapie à domicile, et enfin auprès de Catherine Omet au sein du bureau de Respavie où j'occupais la place de vice-présidente.

Remercier aussi le Pr. Bataille, directeur de l'ICO, pour avoir soutenu ma candidature. Ce soutien est pour moi un choix institutionnel porteur de sens. Remercier enfin Jaafar Bennouna, actuel chef de service d'oncologie médicale, qui accompagne et encourage mes choix professionnels.

Témoigner

Dire cette expérience en réseau, en quoi me « porte-t-elle » ?

Le travail en réseau me motive dans ce qu'il porte d'ouverture aux autres et de possibles rencontres.

Ouverture à d'autres exercices professionnels, à d'autres manières de voir, permettant de ne pas « s'enfermer » dans une pensée unique qui peut être

bien sûr individuelle mais parfois institutionnelle. Ce partage enrichit le travail de construction permanente du réseau. Les rencontres nous permettent de tisser des liens, nous rendant plus fort ensemble. Ces rencontres portées par des valeurs communes permettent de faire grandir « un tissu social plus humain, solidaire et éthique ».

Construire

Je me réjouis de commencer cette nouvelle année avec vous tous au côté du nouveau réseau Compas. Merci de nous accompagner et de nous soutenir dans cette aventure. Je vous souhaite une année 2013 pleine « d'ouverture et de rencontres ».

Véronique BARBAROT

Mot du directeur

Bonjour à toutes et tous...

Le passage à cette nouvelle année 2013 nous offre l'opportunité de parcourir brièvement l'année 2102, celle-ci ayant été particulièrement riche pour RESPAVIE :

Cette année, au sein de l'équipe de coordination, nous avons accueilli le Dr Gwénola LE GO en mars, puis Gabrielle DAUCE, infirmière supplémentaire, missionnée au sein de l'EMSP inter-établissement principalement auprès des EHPAD et des MAS. Nous avons aussi vu partir Florian LHUISSIER, notre documentaliste, vers un autre projet professionnel. Nous ne manquerons pas de vous informer de l'arrivée prochaine de son successeur.

Dans ces conditions, notre équipe a pu mener ses missions de soutien avec plus de facilité qu'en 2011. Quelques chiffres traduisent le développement de notre activité au cours de cette année :

- 37 nouveaux établissements rejoignent notre association, comprenant actuellement 121 établissements adhérents sur notre territoire, contribuant ainsi au décloisonnement des champs sanitaires, médico-sociaux et sociaux
- 200 patients ont été suivis par l'activité réseau domicile de RESPAVIE et 180 professionnels libéraux sont désormais adhérents
- outre une activité formation qui s'accroît, nous avons pu développer cette année la proposition de sensibilisations et d'ateliers formatifs sur site, qui semble répondre au besoin de plusieurs équipes

- les analyses de pratique et les groupes de paroles continuent par ailleurs à recueillir une forte demande des équipes

2012 aura été aussi une année riche en débats, particulièrement sur la fin de vie et la demande d'euthanasie. Que cette réflexion à laquelle nous avons souhaité participer, notamment avec les 130 référents RESPAVIE lors de la journée du 23 octobre, puisse nous permettre d'avancer tous ensemble sur ces douloureuses situations.

2012 fut également le temps de la concertation nationale au sein de l'Union nationale des Réseaux de Santé, afin d'apporter notre contribution et notre regard sur le guide méthodologique, écrit par la DGOS et sorti cet automne. Ses préconisations en matière d'organisations futures des réseaux soulèvent de forts enjeux, par les regroupements territoriaux et les missions proposés.

C'est dans ce contexte, que notre projet de construction plurithématique initié en 2010 s'est affiné et ajusté au cours des derniers mois. Après avoir déposé notre projet à l'ARS cet été, nous venons en toute fin d'année de réaliser la première étape de ce processus qui se traduit par le regroupement du Réseau Territorial de Cancérologie de Nantes (RTCN) et de RESPAVIE. De cette fusion est née l'association **COMPAS**, qui devient une **Coordination Mutualisée de Proximité pour l'Appui et le Soutien**, en cancérologie et en soins palliatifs.

Suite à l'élection du nouveau Conseil d'administration et du nouveau bureau, le Dr Véronique BARBAROT occupe désormais le

poste de présidente de COMPAS. Les nouveaux statuts et la nouvelle organisation qui en découle m'amènent désormais à occuper la fonction de directeur. Je remercie les membres du CA et du bureau pour leur confiance et aspire à œuvrer pour que notre réseau puisse, dans le prolongement de nos valeurs, toujours mieux assurer notre mission d'appui et de soutien auprès des professionnels, des patients et de leur entourage.

L'année 2013, vous l'aurez compris, sera l'objet de nombreuses réunions de travail au sein de notre nouvelle équipe, qui s'enrichie de la présence de Claire JUBE, infirmière coordinatrice et Gaëlle LEMENTEC, assistante administrative, afin de construire notre projet, nos organisations, nos outils de fonctionnement et de communication. Ce partage des ressources et des expériences propres à chacun sera sans nul doute une valeur ajoutée pour nos interventions à venir. Enfin, à l'instar années précédentes, la richesse de notre organisation émanera aussi de la collaboration, du partage et de la synergie des potentialités de chaque acteur du réseau. Je vous adresse mes sincères remerciements pour votre implication et votre coopération.

Je vous souhaite, à toutes et tous, mes meilleurs vœux pour cette nouvelle année. Qu'elle puisse offrir à chacun l'épanouissement dans son activité professionnelle et vous apporter ainsi qu'à vos proches ce bien si précieux que représente la santé !

*Rodolphe MOCQUET
Directeur de COMPAS*

Pratique soignante

Dans un contexte de violence, le patient et le soignant ne se comprend plus, chacun est en décalage avec les attentes de l'autre. Le soignant va alors se centrer sur la violence subie et son ressenti, le patient sur sa colère, sa peur et son désarroi face à l'incompréhension de ses attentes et de ses besoins en matière de bien-être recherché.

Rupture du lien communicant

Si cette communication peut être altérée par la violence d'un patient, les attitudes soignantes avant même d'établir la relation sont déterminantes : regards, gestes brusques, non-écoute, absence de considération.

Face à ce contexte relationnel limité, le patient se retrouve face à un questionnement concernant son état de santé qui ne trouve pas de réponse chez un soignant en retrait : le patient peut alors être envahi par une angoisse et une crainte d'être abandonné.

Face aux situations où règne un climat de violence, il devient nécessaire pour chacun de prendre du recul et de prendre conscience de ses propres limites.

Que peuvent renvoyer ces situations difficiles pour un soignant ?

« Il s'agit de son vécu émotionnel, de l'interprétation des faits et paroles du patient, de la perception des émotions chez lui et enfin des réponses des soignants dont la production est influencée par tous les éléments précédemment cités » (Manoukian et Massebeuf)

Quelle est la place du transfert et du contre-transfert dans ces situations d'agressivité ?

Transfert et contre-transfert

Le transfert est ce processus inconscient qui tend à reporter sur une personne présente (un soignant par exemple) une relation affective qui existait dans l'enfance avec une autre personne. Parmi ces affects, il peut y avoir des

sentiments de violence, de méfiance, d'agressivité ou de résistance.

Comment le patient peut-il exprimer les expériences négatives passées aujourd'hui réactivées parce qu'il vit (maladie grave, état de dépendance) ?

D'autre part, nous-mêmes soignants sommes également plus « interpellés » par l'histoire de telle personne ou au contraire avons une forte impression qui pourra nous rebuter. Le contre-transfert apparaît comme tel : voir en l'autre nos propres difficultés. Certaines situations font resurgir nos propres difficultés à vivre ou à résoudre nos problèmes de la vie quotidienne.

Avant d'être soignant nous sommes des êtres humains avec des atouts et des difficultés, des expériences, un vécu et une histoire.

*Devi CORNILLIUX,
Infirmier ICO*

Souffrance psychique des soignants à l'épreuve de la violence : Impact des agressions des résidents en EHPAD sur le burnout, le stress post-traumatique et l'anxiété

Introduction

La souffrance en contexte professionnel, particulièrement importante dans les services d'aide ou de soin à la personne, est une problématique aujourd'hui largement connue et répandue.

Être soignant, c'est exercer une profession connue pour les situations de stress multiples et intenses qu'elle engendre (charge de travail excessive, horaires irréguliers etc.). Pour cette recherche, nous nous sommes intéressés aux EHPAD, qui sont des institutions particulières mettant en jeu deux grands corps : les soignants d'un côté, et de l'autre les personnes âgées qui y sont accueillies. La situation de souffrance que vivent bon nombre de personnes âgées est souvent génératrice de symptômes, pouvant aller jusqu'à l'agressivité envers les soignants. Les relations entretenues avec le résident peuvent alors devenir difficiles, contraignantes, sources d'interrogation, et engendrer, à long terme, des souffrances psychiques. D'ailleurs, le stress est considéré comme un facteur qui peut entraîner de véritables maladies, des troubles psychologiques pour celui qui y est régulièrement confronté.

En nous focalisant sur ces situations d'agressivité de la part des résidents, nous nous sommes donc interrogés sur leurs répercussions en termes de santé mentale du personnel soignant.

Nous avons donc décidé d'étudier la question du burnout, phénomène psychopathologique prenant de plus en plus d'ampleur dans nos sociétés. Pour tenter d'examiner au mieux ces répercussions, nous nous sommes également intéressés à deux autres entités cliniques : l'anxiété-état et les symptômes de stress post-traumatique.

Problématique de la recherche

Être exposé à la violence a des conséquences multiples, comme le burnout. En effet, il trouve principalement son origine dans des stressors relationnels, trop chargés émotionnellement pour le sujet. Les nombreuses recherches qui ont investigué ce lien ont observé une augmentation significative des niveaux de burnout chez les personnes agressées (Boudoukha et al., 2011; Winstanley et Whittington, 2002). Cependant, peu d'études ont été faites auprès des soignants en EHPAD où pourtant les comportements agressifs des résidents existent au quotidien. Nous posons donc comme hypothèses que les agressions augmentent les niveaux de burnout chez les soignants et, que plus les agressions sont fréquentes, plus les niveaux de burnout sont élevés. Par ailleurs, nous pensons que les agressions des résidents augmentent le niveau d'anxiété des soignants mais qu'elles n'entraînent pas de symptômes de stress post-traumatique en raison de leur caractère peu dangereux.

Études cliniques qualitative et quantitative

Méthodologie

Pour tenter de répondre à ces hypothèses, nous avons mis en place deux études différentes : une étude qualitative effectuée par le biais d'entretiens cliniques et une étude quantitative utilisant différentes échelles. Au total, 64 soignants ont participé à cette recherche.

Vécu subjectif des soignants

Il ressort des analyses que ces agressions génèrent beaucoup d'émotions chez les soignants telles que la peur ou la colère car

elles viennent à l'encontre d'un idéal du soin, à l'encontre d'une relation soignant soigné conçue comme une relation d'aide où le soutien et la compréhension de l'autre sont des valeurs importantes. Par ailleurs, il semble que les soignants rencontrés tentent de mettre en place des stratégies de régulation interpersonnelle, la plus importante étant ici le soutien des pairs (écoute, soutien, partage d'expériences et de conseils), permettant de modérer l'impact des agressions.

Impact psychopathologique des agressions

La recherche montre que l'impact des agressions réside dans leur caractère fréquent, ayant un effet significatif sur la souffrance des soignants. En effet, plus la fréquence des agressions augmente, plus les niveaux de burnout, d'anxiété et de symptômes de stress post-traumatique augmentent. Ce dernier résultat est contraire à l'hypothèse que nous avons posée initialement : ces agressions, même si elles ne sont pas réellement menaçantes, semblent néanmoins créer de la détresse chez certaines personnes. C'est l'expérience subjective, modulées par différents facteurs, ainsi que la fréquence des agressions, qui vont influencer la manière dont le soignant va vivre cette situation.

Par ailleurs, nous observons que les trois entités cliniques étudiées s'entremêlent (par exemple, plus les niveaux de burnout sont élevés, plus les niveaux d'anxiété-état et de symptômes de stress post-traumatique sont élevés). Ces résultats nous montrent donc que les agressions des résidents, même si elles sont considérées comme peu dangereuses, peuvent avoir un impact lourd de conséquences sur la santé mentale des soignants rendant compte alors d'un tableau clinique complexe.

.../...

Bibliographie

Boudoukha, A.-H. (2009). *Burnout et traumatismes psychologiques*. Paris : Dunod

Boudoukha, A.-H., Hautekeete, M., Abdelaoui, S., Groux, W. & Garay, D. (2011). Burnout et victimisations : Effets des agressions des personnes détenues envers les personnels de surveillance. *L'Encéphale*, 37(4), 284-292.

Boudoukha, A. H., & Hautekeete, M. (2007). Le burn out : conséquences de relation à autrui chroniques stressantes. 35^e Journées Scientifiques de l'Association Française de Thérapie comportementale et cognitive, Paris, 14-15 décembre.

In Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 17(hors série), 50.

Canoui, P. & Mauranges, A. (2008). Le burnout à l'hôpital : *Le symptôme d'épuisement professionnel des soignants*. Paris : Masson.

Maslach, C. & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout : New perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Winstanley, S. & Whittington, R. (2002). Anxiety, burnout and coping styles in general hospital staff exposed to workplace aggression : a cyclical model of burnout and vulnerability to aggression. *Work and Stress*, 16(4), 302-315.

Réflexion (suite)

Discussion générale

Les deux études présentées sont complémentaires. D'une part, les entretiens nous ont permis d'appréhender le vécu et les stratégies d'adaptation, mises en œuvre par les soignants en prises directs avec les situations d'agressions. D'autre part, l'utilisation des échelles de mesure nous a permis d'en mesurer les répercussions psychopathologiques.

Il apparaît que, le soignant met en œuvre des stratégies, lui permettant de tenter de maîtriser la situation et d'en réguler l'impact négatif. Il semble que la recontextualisation de l'agression (en se remettant en question, en comprenant la cause) leur permettrait de prendre de la distance et ainsi de se protéger d'un éventuel burnout. De plus, les soignants semblent rechercher activement un support social étayant, leur permettant de partager l'expérience difficile et de trouver du réconfort et du soutien.

Toutefois, si ces situations se répètent et commencent à faire partie du quotidien, le soignant pourrait s'épuiser en tentant de s'y ajuster en permanence. En effet, « plus qu'un syndrome consécutif de la relation de soin, le burnout est un phénomène qui se développe en lien avec la valence négative d'une relation à l'autre. En définitive, c'est la confrontation astreignante et continuellement inquiétante dans les relations aux autres » qui produit le burnout (Boudoukha & Hautekeete, 2007). En conséquence, le soignant serait dans l'incapacité de s'adapter à un stress émotionnel, intense et continu quelles que soient les stratégies qu'il tente de mettre en place (Canoui & Mauranges, 2008).

Conclusion

La souffrance des soignants est un phénomène de plus en plus reconnu. Les situations d'agressions des résidents viennent renforcer un niveau de stress déjà élevé en raison des

nombreuses contraintes liées au travail en institution. Ces relations conflictuelles vont entraîner de nombreux symptômes, pouvant avoir des effets particulièrement délétères pour le soignant. L'ensemble des recherches doit permettre de mieux comprendre cette souffrance et les facteurs qui l'engendrent, pour ainsi développer des modèles de prévention (Maslach et Goldberg, 1998) et des prises en charge psychothérapeutiques adaptés (Boudoukha, 2009), afin d'aider au mieux les soignants en souffrance psychologique.

*Margaux Le Borgne,
Abdel Halim Boudoukha, Pierre-Henri
Garnier*

RAPPEL

Burnout

Le burnout est un syndrome tridimensionnel composé par un épuisement émotionnel, un désinvestissement de la relation à autrui et un sentiment de réduction de l'accomplissement personnel (Maslach et Jackson, 1986). L'épuisement émotionnel renvoie à une sensation de perte voire d'absence d'énergie du sujet et qui résulte en un sentiment d'incapacité. Le désinvestissement se traduit par des attitudes négatives, cyniques, impersonnelles et détachées. Enfin, la réduction de l'accomplissement personnel concerne l'évaluation négative par le sujet de ses compétences, de ses comportements et de son efficacité quant à ses objectifs professionnels et personnels. Souvent associé au travail, le burnout se développe également dans la sphère personnelle, les caractéristiques délétères de la relation à l'autre en sont une étiologie importante (Boudoukha, 2009).

Anxiété

L'anxiété est définie par Spielberger (1972) comme une « réaction émotionnelle à un stimulus perçu comme dangereux ». Elle correspond à l'évaluation et à l'anticipation d'événements aversifs à venir. L'anxiété se distingue du sentiment de peur car elle est caractérisée par une absence de danger réel et objectif.

Stress post-traumatique

Le stress post-traumatique et sa conséquence, le trouble de stress post-traumatique, se développent consécutivement au vécu d'un événement traumatogène. Un tel événement engendre une menace de mort ou une menace grave de l'intégrité physique pour le sujet, et provoque un sentiment d'impuissance et d'horreur. La victime exprime alors différents symptômes : symptômes de reviviscence (souvenirs intrusifs, flash-backs etc.), symptômes d'évitement (évitement de tout ce qui rappelle l'événement) et symptômes d'hyperréactivité (difficultés de sommeil et de concentration hypervigilance, irritabilité etc.). Le trouble est constitué lorsque ces symptômes perdurent plus d'un mois et entraînent une profonde souffrance pour le sujet (OMS, 1992).

COMITÉ DE RÉDACTION

Devi CORNILLOUX

Institut de cancérologie de l'ouest

Gisèle DANDRIMONT

Infirmière libérale

Yannick HELARY

Les jardins du Vert Praud

Benoît MAILLARD

Compas

Brigitte RENARD

Compas

Françoise ROUAUX

Centre de soins de suite Saint-Sébastien

*Si vous souhaitez
proposer un article
ou un thème :
tél. 02 40 16 56 40
e-mail : respavie@chu-nantes.fr*