

LA SOPHROLOGIE SUR LE **LIEU DE TRAVAIL**

La Sophrologie est la science
de la conscience et des
valeurs de l'existence

Comment fonctionne-t-elle ?

Conscience
du Corps

=

Conscience
de soi même

en générant :

- Une harmonisation du système corps esprit
- Une activation des ressources
- Une prédisposition au changement
- Une meilleur autonomie et créativité
- Conscience et lucidité

Les exercices pratiques font redécouvrir graduellement :

- Des sensations corporelles.
- La respiration
- La concentration
- La détente, la posture
- L'enracinement,
- la verticalité

C'est une invitation à rentrer en matière corporelle réconciliant corps et esprit

Ses applications

- **Domaine médical, et thérapeutique, appliqué par des médecins ou du personnel para médical.**
- **Domaine social, donc, pédagogique, de l'entreprise, du sport, de la prévention et du développement personnel.**

Applications dans le monde du travail ou de l'activité

- concentration
- efficacité
- gestion du stress
- résolution des problèmes personnels
- motivation
- meilleure communication etc.
- prévention au burn out
- tout simplement : amélioration de la santé

Comment opèrent ces méthodes ?

Relaxation

Systeme

« Calme et repos »

Dynamique

Systeme

« Activité et dynamisme »

L'alternance de ces deux est nécessaire pour un équilibre général dans la vie

Ils Permettent de :

- **Prendre du recul face aux tensions de la vie quotidienne**
- **Détecter rapidement les sources de stress**
- **D'agir rapidement durant ou après l'événement qui est en cause.**
- **D'anticiper, selon périodes plus ou moins chargés en masse de travail,**
- **Installer des attitudes, des stratégies, des ressources,**
- **Répondre de manière créative aux imprévus.**

Passer de l'activité à
l'action

Apprendre à se centrer
sur soi en étant orienté
vers l'autre



ORIGINES DES DYSFONCTIONS DANS L'EXERCICE DE LA RELATION D'AUTORITE

B. Lara

Lausanne, 2007

Quelles dysfonctions?

Les **Dysfonctions** qui relèvent de la relation binaire (A,B), p. ex. *les malentendus, les tensions et conflits entre deux personnes*. Ces dysfonctions sont une source fréquente de souffrances inutiles.

- Nous ne parlerons pas ici des *dysfonctions qui relèvent de l'organisation*, parce qu'elles ont été souvent traitées ailleurs.
- Il m'a semblé préférable de porter l'accent sur les dysfonctions telles qu'elles sont vécues par *les individus particuliers*.



Quelle approche?

Notre approche sera celle de la Théorie de la Négociation, pour apporter une perspective nouvelle à un vieux problème.

Nous éviterons les réflexions éthiques, qui sont abordées dans une autre conférence.

Nous allons nous limiter aux considérations de pure rationalité technique qui règlent ce type d'interactions.



Messages de cette conférence

1. L'exercice de l'autorité dans la relation de pouvoir peut être analysé comme un *jeu* de rôles.
2. S'il y a des dysfonctions dans une interaction, c'est parce que l'un ou l'autre des joueurs *déforme le jeu rationnel et objectif*. Pour redresser les conflits il faut faire appel à la rationalité des acteurs.
3. Il est utile d'expliquer les origines de certaines dysfonctions à l'aide des neurosciences.



Buts de la conférence

La connaissance de quelques éléments de la Théorie de la Négociation peut nous aider à voir clair dans deux cas concrets:

- Lorsque nous analysons une *situation vécue comme désagréable*.
- Lorsque nous prévoyons une situation de confrontation. La prise en compte du *jeu social sous-jacent* peut nous aider à préparer nos arguments et choisir nos stratégies.



LA QUESTION POSEE

DEVANT UNE SITUATION PENIBLE BIEN PRECISE -
PONCTUELLE OU REPETITIVE - VECUE DANS LA
VIE PROFESSIONNELLE,

- COMMENT EVALUER RATIONNELLEMENT LE
CAS PRESENT AINSI QUE LE COMPORTEMENT
DE CHACUNE DES DEUX PERSONNES?
- QUI A TORT, POURQUOI, DANS QUELLE
MESURE?

*Nous présenterons ici une méthodologie d'analyse pour
voir clair dans ces situations.*

*Et pour se préparer pour d'autres situations
potentiellement conflictuelles*



Trois parties

- I. LE JEU DANS L'EXERCICE DE LA
RELATION D'AUTORITE
- II. QUELQUES DYSFONCTIONS
- III. LES ORIGINES DES
DYSFONCTIONS



Nous abordons d'abord ...

**I. LE JEU DANS
L'EXERCICE DE LA
RELATION
D'AUTORITE**

II. QUELQUES DYSFONCTIONS

III. LES ORIGINES DES DYSFONCTIONS



Le paradigme du Jeu

Le Jeu dans l'exercice de l'autorité.

- ❑ Je vais présenter le paradigme du Jeu en tant qu'un instrument d'auto-analyse dans les situations de conflit qui surviennent dans la profession, la famille, et les négociations de toute sorte.
- ❑ L'analyste peut aussi utiliser ce schéma pour ranger les informations et pour les classer dans le rayon mental approprié.
- ❑ Nous allons prendre comme exemple une compétition sportive en raison de la clarté pédagogique de l'exemple même s'il peut paraître banal. Il ne l'est pas. Puisque la Théorie de Jeux sert à formaliser la guerre, la politique, la compétition commerciale etc., pourquoi pas aussi nos situations conflictuelles?



Quels sont les ingrédients d'une compétition sportive?

1. Joueurs
2. Buts/Objectifs des joueurs
3. Contexte, champ
4. Mouvements du Jeu
5. Règles du jeu
6. Tiers, spectateurs

Ces mêmes ingrédients se retrouvent dans l'analyse d'une interaction intense.

1) Les Joueurs

Devant une situation bien concrète, considérons d'abord les **Joueurs** qu'y participent.

- ❑ **Qui sont les Acteurs Directs?:** *infirmiers /médecins /chefs de l'administration/ assistants aux soins/... (et malades!)*

Tous peuvent jouer :

- en remplissant des **Fonctions** en tant que pièces de la Machine de l'organisation.
 - et en tant que **Personnes** qui ont des ambitions, un caractère, une personnalité, une biographie, des valeurs, une formation, une vie privée,...
- ❑ **Y a-t-il des Acteurs Indirects derrière les coulisses?:** *tiers éventuels, familles, Caisses, autres médecins, etc.*

2. Analyser les Buts et Objectifs des Acteurs

- ❑ Le but principal de l'institution et de tous ses membres est **l'efficacité du système**. But constitutif, raison d'être de l'institution, sa Zweckrationalität (Weber).
- ❑ Mais sous une contrainte fondamentale: **le bien-être de tout le personnel**, la Wertrationalität.
- ❑ Le but principal se démultiplie en objectifs précis avec les fonctions le long de l'organigramme. D'où la nécessité de définition, d'intégration et de compatibilité de ces objectifs «locaux» pour que la «Machine » globale tourne.
- ❑ *Mais que cherchent réellement les acteurs A et B dans l'interaction concrète que nous analysons?*
 - Analysons leurs Objectifs concrets ou intangibles, déclarés ou non, sincères ou feints.
 - Analysons leurs Motivations profondes, dont les acteurs eux-mêmes ne sont peut-être pas conscients.

3a) Analysons le **Contexte** du jeu dans le cadre du but efficacité du système

Le cadre, la scène est un **contrat entre les parties**

- ❑ La **relation d'autorité** est apparente et explicite entre médecin et infirmier. Elle l'est moins entre médecin et malade.
- ❑ La relation d'autorité ressort d'un contrat entre parties. Cette relation est née pour atteindre des buts communs. Elle s'exerce *en raison* et uniquement *en raison* de ces buts. Les contreparties de l'obéissance sont les salaires, promotions, etc.

Le Cœur objectif du jeu - sa Rationalité intrinsèque - est donc le CONTRAT sur lequel se fonde la relation d'autorité.

3b) Le but principal est sous la contrainte du bien-être de tout le personnel.

- ❑ L'autorité rationnelle-légale de Weber fonctionne sur un modèle bureaucratique.
- ❑ Les dysfonctions inhérentes au modèle bureaucratique sont :
 - les acteurs se focalisent sur les objectifs de leur fonction spécifique
 - les acteurs ont le réflexe de contourner les réglementations pour mener à bien leurs propres objectifs, puisqu'il ne se perçoivent pas comme de simples exécutants mais comme de vrais partenaires de l'action.
- D'où l'exigence d'une Rationalité élargie au-delà de la Rationalité mécanique. La Machine devient organisme et de ce fait incorpore des êtres humains avec leurs pensées et leurs sentiments.

5) Analyser les **Règles** qui limitent la liberté de mouvements

- ❑ Lois juridiques
- ❑ Règlements
- ❑ Mais aussi
 - Courtoisie
 - Ethique professionnelle
 - Humanisme

Une dissymétrie est prévisible entre les joueurs A et B dans leur soumission aux différents types de règles.

4) Analyser les **Mouvements** du Jeu

Les mouvements résultent de l'application de **stratégies** * et de **tactiques** (spontanées ou préparées d'avance). Les mouvements des joueurs se produisent :

- sur l'espace des enjeux concrets qui font l'objet du contrat en suivant les tactiques rationnelles et classiques du marchandage.
- sur l'espace **psychologique**: tentatives pour dominer, s'imposer à l'Autre.
- sur l'espace **dialectique**: les raisonnements que l'on avance.
- sur l'espace **de la communication** : prise et maîtrise du contrôle de la parole

** Une stratégie est un ensemble de mouvements qui obéissent à un même dessein ou plan d'action.*

SOLUTION DES SITUATIONS DE CONFLIT POTENTIEL

- ❑ Les différends dans le jeu devraient être résolus de manière rationnelle et juste à l'intérieur du contrat
 - sans même avoir besoin de se référer à des considérations éthiques et morales
- ❑ Les différends portant sur les aspects humains - la rationalité weberienne des valeurs - sont plus compliqués. Ils pourraient être résolus de manière rationnelle dans le cadre de la communication, la négociation ou la médiation.
- ❑ *Mais nous constatons que les différends dérivent vers les dysfonctions, et parfois vers les conflits. Pourquoi?*



Récapitulons avant d'aller plus loin ...

Que devons-nous examiner devant une situation difficile passée ou future?

1. Les Joueurs (et les tiers éventuels), psychologie, statuts.
2. Les Buts/Objectifs des joueurs
3. La Rationalité du Jeu
4. Les Mouvements effectifs dans les différents espaces de Jeu. Leurs stratégies et tactiques.
5. Les Règles qui ont effectivement influencé le Jeu



Nous abordons par la suite =>

I. LE JEU DANS LA RELATION
D'AUTORITE

II. **LES DYSFONCTIONS**

III. LES ORIGINES DES
DYSFONCTIONS



Pourquoi surviennent les dysfonctions?

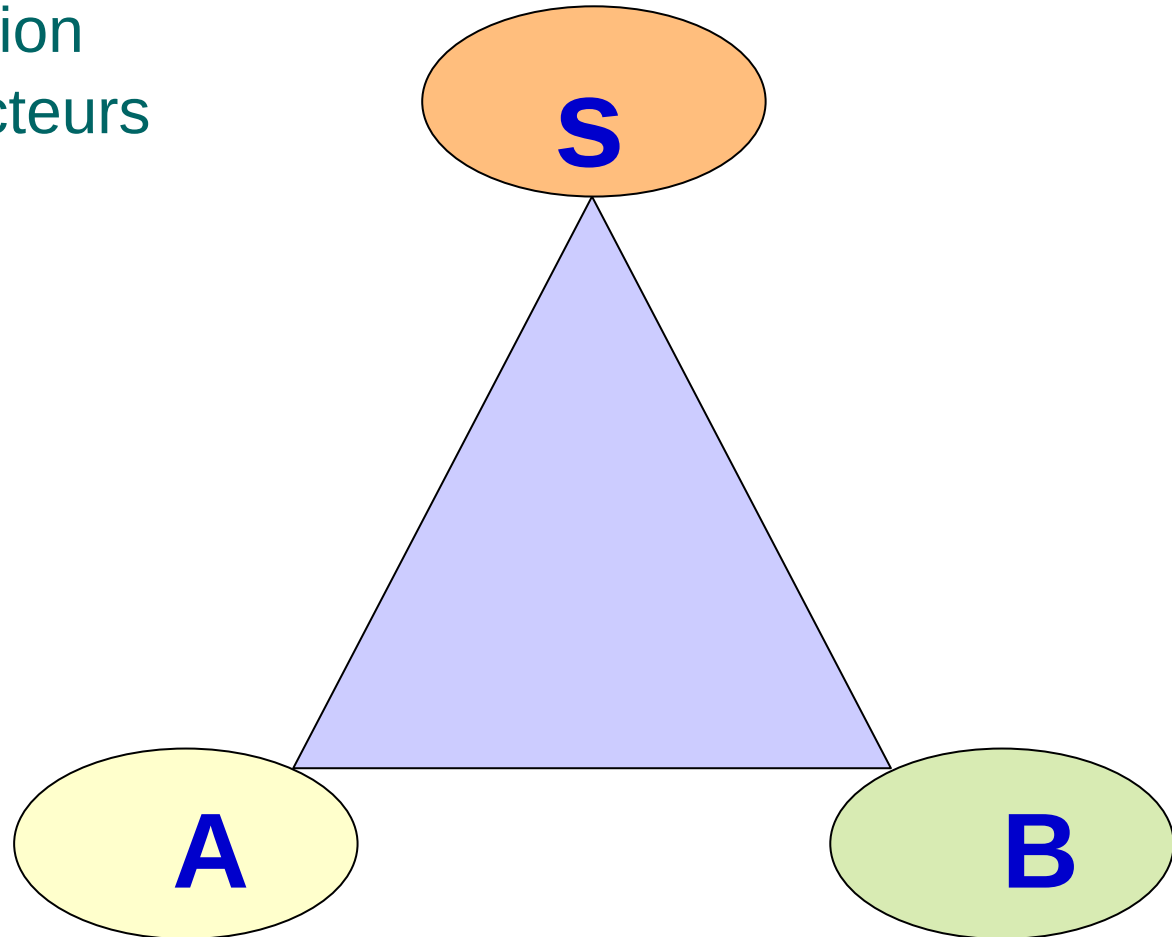
- Le Jeu Objectif est subjectivisé et parfois déformé par les acteurs
- JEU OBJECTIF + PARTICULARITES PSYCHOLOGIQUES DES ACTEURS
= INTERACTION HUMAINE REELLE

Le Jeu objectif ce sont deux acteurs qui interagissent dans une Situation qui leur est commune

Jeu objectif

S: situation

A, B : acteurs





Un rien de Philosophie ...

L'animal humain quitte chaque matin sa tanière à la chasse de sensations, d'émotions, positives ou négatives, pourvu que son cerveau soit excité.

Ainsi, il se peut que nos acteurs amènent lors des interactions leurs frustrations, stress, angoisses, sentiment d'impuissance. Mais aussi leur sentiment de fierté et leurs motivations positives de toute sorte.



Encore un zeste de Philosophie ...

L'homme est un animal capable de rêver un monde dans son cerveau, de vivre dans ce monde rêvé et de le superposer au réel. Ainsi joue-t-il des rôles dans le Grand Théâtre du Monde...

La réalité est trop lisse et trop plate pour qu'il l'accepte telle qu'elle est donnée.



En fait le jeu Réel est une confrontation entre deux représentations différentes d'une même réalité objective

LA SITUATION **S** VUE PAR L'ACTEUR **A**

VERSUS

LA SITUATION **S** VUE PAR L'ACTEUR **B**

Ainsi la confrontation a lieu non pas entre deux personnes mais entre deux images

L'IMAGE QUE L'ACTEUR **A** SE FAIT DE **B**

L'IMAGE QUE L'ACTEUR **B** SE FAIT DE **A**

Voyons comment le Jeu objectif se transforme =>



REGROUPEMENT DES DYSFONCTIONS EN TROIS CATEGORIES

1. Celles qui relèvent des imperfections du système hospitalier. On s'énerve, on se déprime, on se démotive ou on devient cynique. Et cela se reflète dans les rencontres chef-subordonné.
2. Dysfonctionnements survenus au cours de la rencontre parce qu'on gère mal la communication.
3. Dysfonctionnements dûs au fait que quelqu'un abuse d'une position de pouvoir.

*Pour le détail des dysfonctions suivons le
Schéma de Jeu déjà exposé =>*

Dysfonctions imputables aux Joueurs

- o Les joueurs oublient parfois qu'ils ont *avant tout* une Fonction à remplir pour que la Machine tourne.
- o Un joueur joue son Rôle (titre, position, etc.,) oubliant que Lui et l'Autre son de Personnes.
- o Et très important: La **méconnaissance** de l'Autre en tant que personne à titre complet.

Exemples qui concernent aussi bien le Chef que le subordonné

Ne pas savoir repérer l'interlocuteur difficile: malveillant – non sincère – qui ne regarde que ses propres intérêts – qui ne comprendra jamais rien – ou qui est trop rusé

*Suit une galerie de **joueurs redoutables** (A repérer vite lors d'une rencontre):*

Repérer les Joueurs redoutables

- 1) LES PREDATEURS. Le Prédateur prétend être mieux que toi. Puisque c'est lui qui a le droit de diriger et de décider c'est lui qui a raison. Le pouvoir lui est dû. Il peut critiquer, agresser, étouffer. On dit qu'il y beaucoup de prédateurs chez les jeunes managers d'entreprise.
- 2) LES CHATS FUYANTS. Cordiaux, éloquents mais peu sûrs de d'eux-mêmes. Ce sont de gens primaires, tantôt audacieux, tantôt peu sûrs. Parfois loquaces, parfois réservés. Cela ne les dérange pas de revenir sur leurs engagements. Fréquents dans le Sud de l'Europe.
- 3) LES BIENFAITEURS UNIVERSELS. Ils prétendent vous aider mais jamais sans retour pour services rendus. Ils profitent de toi tout en pensant qu'ils sont de bonne foi. C'est dans cela qu'ils sont dangereux. Exemples: les attitudes Père Noël, bon curé.
- 4) LES MAITRES DE L'UNIVERS. Des gens capables et responsables, contrôleurs fermes, décisifs, mais capables aussi d'écraser ceux qui s'interposent sur leur chemin. Très USA.
- 5) LES LEGALISTES. Toujours brandissant les règlements et les chiffres. Hyper ordonnés, précautionneux. Analytiques, critiques, têtus, minutieux, lents pour décider. Exemple: connaissez-vous quelqu'un autour de vous?
- 6) LES NAGEURS. Emotifs, sociables, réactifs. Aiment dramatiser et plaire, et ils essaient de vous manipuler. Optimistes, adaptables. Ils ne se mouillent pas. Exemples: les latins bien latins.



Dysfonctions relatives aux Buts et Objectifs des joueurs

- Lorsque les acteurs amènent aux discussions leurs frustrations, stress, angoisses, sentiment d'impuissance.
- Les ambitions, les passions, l'orgueil de quelques-uns, obscurcissent les buts essentiels du contrat et les remplacent



Dysfonctions relatives aux Règles

On ignore les normes de l'éthique professionnelle et personnelle.

Dysfonctions qui surviennent lorsque le Contexte du Contrat est débordé

Le dialogue coopératif saute. La rencontre devient une confrontation implicite ou ouverte

Modalités de la confrontation

- ❑ Arguments contre arguments
- ❑ Arguments contre émotions
- ❑ Emotions contre émotions
- ❑ Il y a toujours la soumission comme alternative

Dysfonctions imputables aux Mouvements du Jeu d'interaction

- A et B agissent sur les 3 espaces; psychologique, dialectique et de contrôle de la communication pour obtenir des gains concrets dans l'espace du contrat.
- A et B s'efforcent
 - de dominer / résister à l'autre
 - de faire en sorte que leur point de vue l'emporte
 - de prendre et de garder le contrôle de la parole



Dysfonctions qui surviennent à la mise en oeuvre de Stratégies compétitives

- Certains font usage de Stratégies basées sur l'emploi de la Force: coaction, intimidation, chantage.
- Ou de Stratégies basées sur la Fiction, la Manipulation, l'Occultation



Stratégies basées sur l'emploi de la Force

- Ignorer les arguments de B, comme s'il s'agissait de raisonnements sans intérêt.
- Ne pas céder d'un pouce dans ses positions et cela par principe.
- Utiliser la peur de l'Autre, lui couper toute alternative possible.
- Menacer, intimider
- Utiliser des arguments durs, froids, abusifs, cyniques
- Aller dans le sens de « à prendre ou à laisser », obliger à répondre par « oui ou non »
- Ne pas considérer l'Autre comme un vrai partenaire de dialogue.
- Refus d'écouter.
- Utiliser l'agression verbale
- Exercer pression sur les temps d'exécution des tâches
- Ne pas tolérer la moindre imprécision dans le langage de l'Autre



Stratégies basées sur la Fiction, la Manipulation, l'Occultation

- Accuser l'Autre de stressé ou d'incompétent pour couvrir les déficiences de gestion du temps et les ressources du système et pour exiger davantage.
- Faire semblant de ne pas comprendre, d'ignorer.
- Camoufler les exigences excessives sous une attitude paternaliste. Utiliser l'éloge de manière non sincère.
- Cacher les vraies intentions ou les présenter de manière hypocrite.
- Jouer du théâtre en feignant des réactions émotionnelles (colères).
- Induire en erreur sur ses propres priorités.
- Faire semblant d'être d'esprit participatif, quand on est très loin de le souhaiter.
- Disons qu'il y a des personnes dont la pensée réelle est juste l'inverse de ce qu'elles prétendent.



Le vrai problème devant ces Stratégies

Puisque je suis sûr que nous sommes tous très corrects et fair play la vraie question qui nous sera posée est:

Comment **détecter rapidement** les stratégies vicieuses de l'Autre - c'est un début!

Et **comment y répondre**. Avoir une large panoplie pour savoir faire face à chaque cas avec les réactions appropriées.



Nous abordons par la suite...

- I. LE JEU DANS L'EXERCICE DE LA
RELATION D'AUTORITE
- II. QUELQUES DYSFONCTIONS
- III. **LES ORIGINES DES**
DYSFONCTIONS

Comment expliquer la subjectivisation et la déformation du Jeu Objectif?

- Nombre de dysfonctions sont imputables au système de valeurs et à l'éthique d'un acteur qu'on a appelé « redoutable ». Ils créent des dysfonctions et des amertumes. Du travail pour les éthiciens!
- L'étincelle qui initialise certains conflits vient des imperfections du système hospitalier et de la manière dont elles sont perçues.
- J'ajoute une thèse: les erreurs de fonctionnement du cerveau de chacun sont également à l'origine de bien de malentendus et de souffrances dans la vie de tous les jours. Et c'est important parce que la conflictualité sociale est souvent la caisse de résonance de ces dysfonctions.
- Il m'a paru amusant et instructif de vous proposer ici l'explication très sommaire et élémentaire de cette thèse dans le cadre des neurosciences.

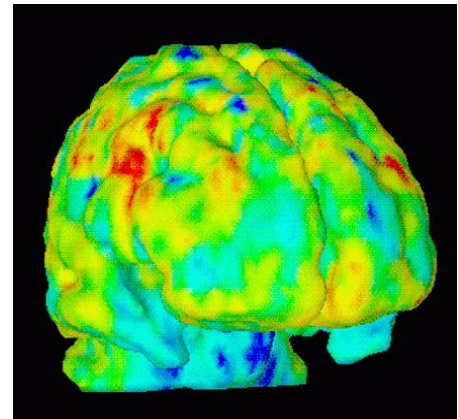
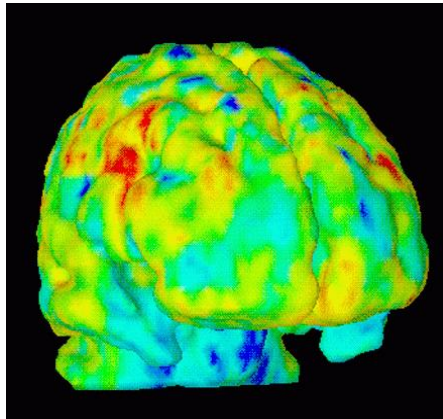
Axiome de départ: *En dernière instance l'interaction n'est qu'une sorte de partie d'échecs d'un cerveau A contre un autre cerveau B.*

La nature ultime de l'interaction

se résume dans l'expression:

« *circuits de A confrontés aux circuits de B* »

le cerveau A contre *le cerveau B*



Pendant l'interaction ...

Il se produit dans chacun des deux cerveaux **une succession d'états**, suite aux échanges qui ont lieu entre eux sous forme de communications verbales et non verbales.

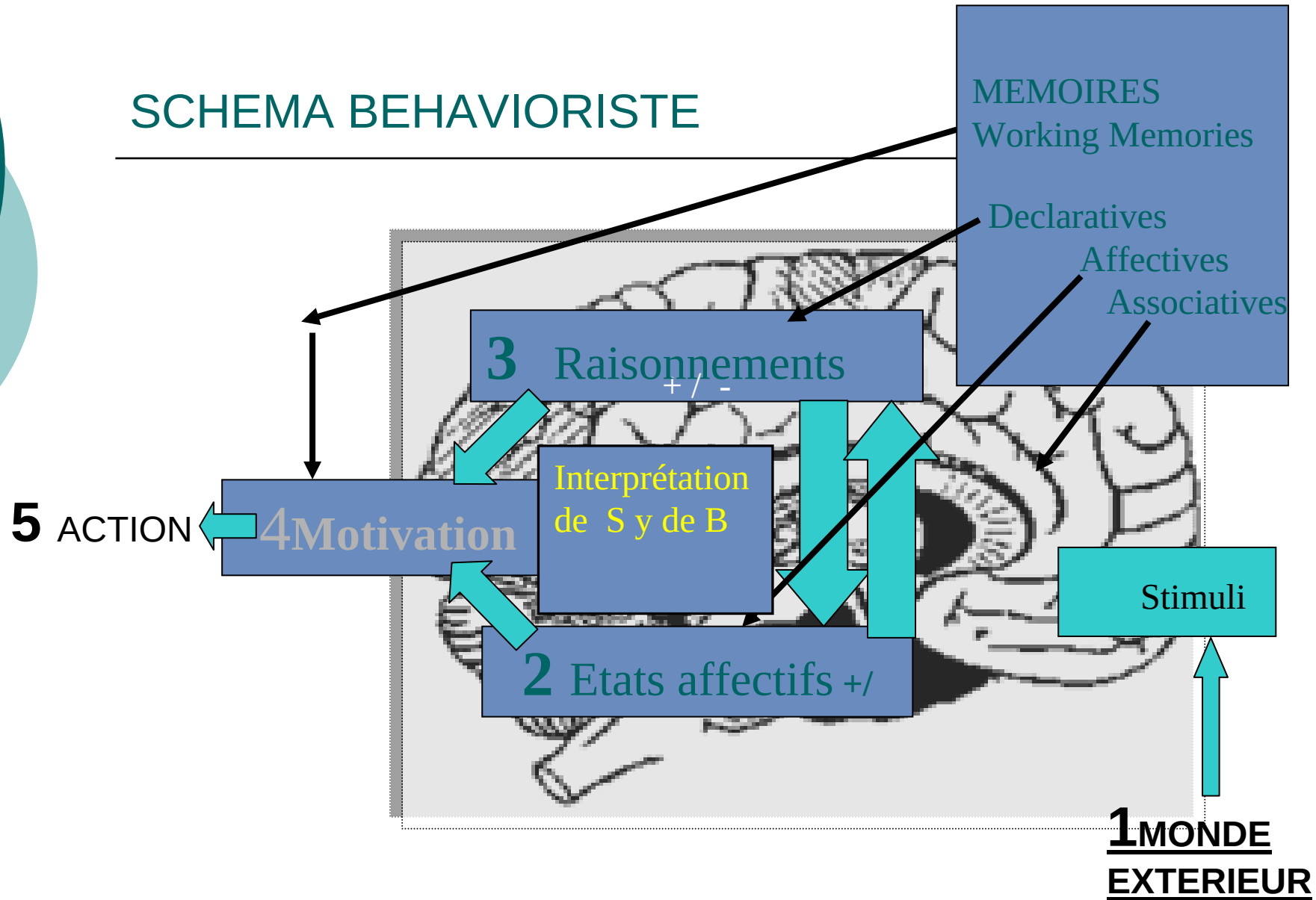
Chaque cerveau est une **machine praxéologique** qui génère un train de réponses aux stimuli venant de l'autre.

Le behaviorisme propose un modèle de traitement de l'information en séquence, théoriquement **faux**, mais pédagogiquement **utile**.

Comme si le cerveau était comparable à une **séquence de machines** dans une ligne de fabrication. Et la matière informationnelle serait un train qui traverse *une série de stations* :

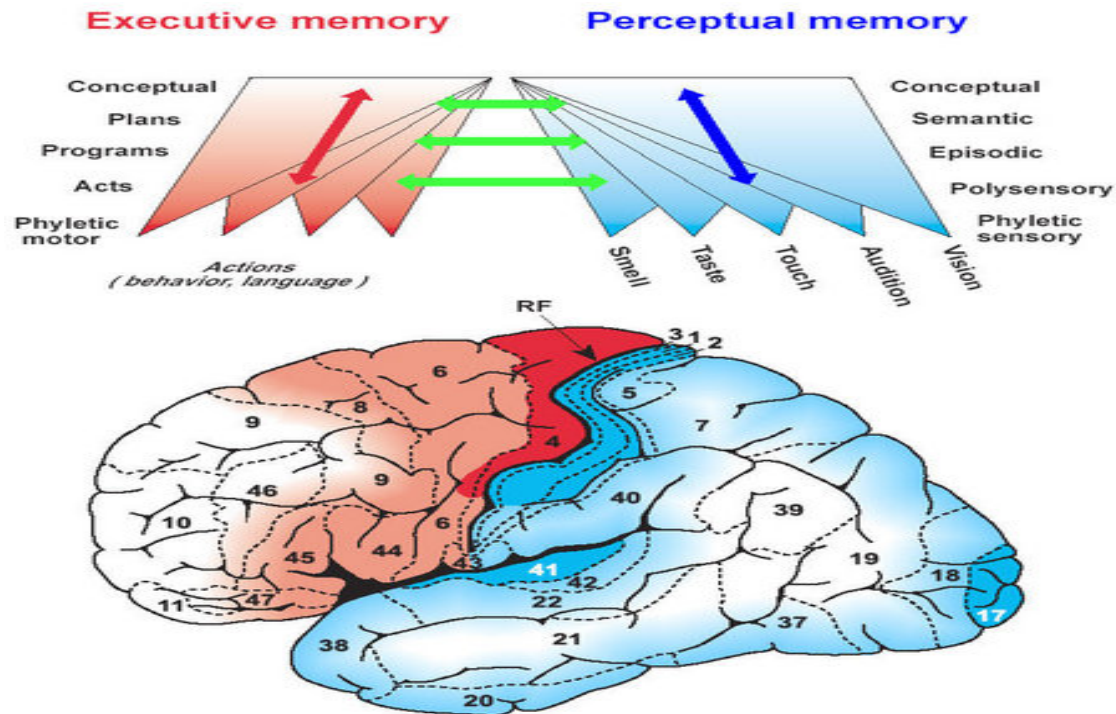
sensorielle => affective => corticale => motrice

SCHEMA BEHAVIORISTE



Le cerveau une machine Input / Output

(Schéma de J. Fuster)





LES GRANDES LIGNES DU PROCESSUS

Le schéma précédent de Fuster, est aussi quelque peu arbitraire mais utile. On y voit:

- *Mémoires perceptuelles* : des sensations à la perception consciente
- *Mémoires exécutives* : production de la réponse comportementale.
- Entre les deux il faudrait intercaler les *Elaborations intermédiaires* complexes.

*Mémoires perceptuelles (épisodiques =>
transmodales => sémantiques)*

- Données sensorielles. Dispersion topologique et temporelle. Association de mémoires. Intégration des signaux. Mouvements down-top et top-down le long des réseaux (mémoires) hautement hiérarchisés pour la reconnaissance de formes.
- Perception consciente. Identification et étiquetage.



Elaborations intermédiaires

- « Coloration » affective des images.
- Projections thalamiques vers le lobe frontal.
- Somatisation: activation des systèmes sympathique et parasympathique.
- Conscience.
- Association des mémoires néocorticales.
- Connexion avec programmes d'action.



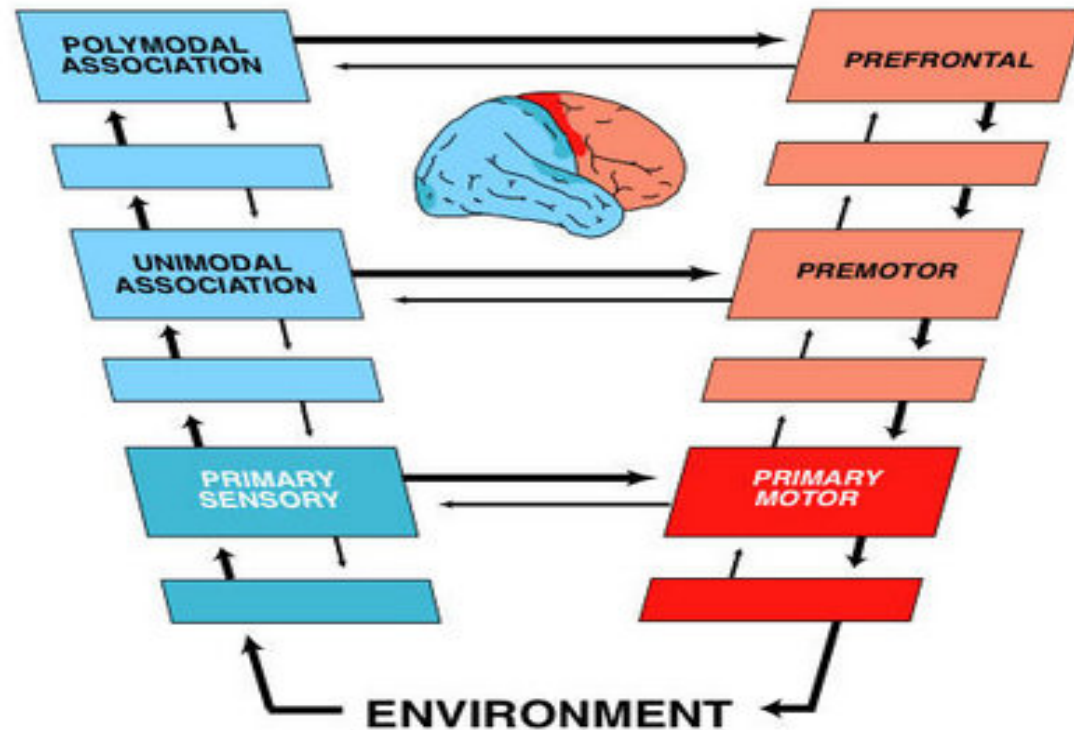
Mémoires exécutives

- Appel aux configurations représentant les comportements moteurs, d'une structure hiérarchisée semblable aux mémoires perceptuelles.
- Evaluation d'un programme d'action et éventuel choix conscient.
- « Firing » frontal. Activation des structures prémotrices.
- Activation des structures motrices primaires (baso-gangliale, système pyramidal, cervelet).

En résumé. Processus avec boucles de rétroaction

- Dispersion des signaux dans la topologie du cerveau et dans le temps. Agrégation et intégration de signaux multiples.
- Le “modus operandi”: plutôt celui d’un orchestre qui joue une mélodie approfondissant les thèmes et faisant intervenir différents groupes d’instruments. L’activation des réseaux (cognitifs, émotionnels et moteurs) se poursuit en boucle constante,
 - jusqu’à ce qu’elle soit interrompue par la « mise à feu » limbique et/ou baso-gangliale,
 - sous un contrôle néocortical plus ou moins actif.
- Après la « mise à feu », les programmes moteurs sont activés et l’action est déclenchée.

Diagramme global (exceptées phases limbiques)



En résumé ...

L'activation des réseaux (cognitifs, émotionnels et moteurs) se poursuit en boucle constante impliquant :

- Reconnaissance de structures des signaux reçus, et identification des configurations ou réseaux. (Connectivisme)
- Incorporation progressive des réseaux sensoriels, affectifs, néocorticaux et moteurs.
 - jusqu'à ce que la boucle soit interrompue par la « mise à feu » limbique et/ou baso-gangliale,
 - sous un contrôle néocortical plus ou moins actif.

Après la « mise à feu », les programmes moteurs sont activés et l'action est déclenchée.



LES DYSFONCTIONNEMENTS

Les perturbations dans les processus de traitement de l'information sont des erreurs de fonctionnement du cerveau. Ces erreurs sont également à l'origine de malentendus et de conflits lors des interactions dans le cadre de la relation d'autorité.

VOICI QUELQUES DYSFUNCTIONNEMENTS ET LEUR EXPLICATION NEUROPSCHOLOGIQUE

Représentations erronées

- Nous percevons l'Autre comme il n'est pas. Et nous jugeons mal la Situation. Les perceptions du monde sont toujours incomplètes. Nos mémoires associatives et déclaratives préexistantes doivent « remplir les trous » de la donnée et fournir le cadre. Les processus en boucle de *reconnaissance de formes* et *d'identification* sont des fois interrompus trop vite, soit par notre paresse intellectuelle (disons, économie d'énergie), soit par l'urgence du temps.
- Résultat: ces ajouts actifs du cerveau trahissent parfois l'image « objective et réelle » de la Situation en la *déformant*.
- Ainsi l'acteur « colle » à la Situation et à l'Autre des étiquettes simplificatrices faussées par les préjugés et stéréotypes culturels, c. à d. par des enregistrements dans le néocortex, relatifs au statut social, à la profession, classe sociale, race ou sexe de l'Autre.

QUELQUES DYSFONCTIONNEMENTS (suite...)

L'acteur, victime de ses émotions

- Les émotions excessives (réchauffement limbique), interrompent la connexion du thalamus vers le cortex, pour tenter de revenir à l'état d'équilibre homéostatique.
- Le stress émotionnel au niveau limbique bloque directement la connexion thalamus-cortex.
- La conséquence: des paroles et des gestes, dont on dit qu'ils dépassent la pensée. Ce ne sont que des programmes incontrôlés (voire insensés !) d'action, qui contournent les filtres de la raison, et nous écartent des « bons » programmes qui se tiennent aux Règles de la Logique et de l'Ethique.
- Dans des circonstances normales, les processus conscients envoient de messages à l'amygdale et à l'hippocampe de manière à contrôler les émotions. Lorsqu'on peut rester logique, on arrive toujours à trouver de bonnes raisons pour contrôler les sentiments de déprime et d'angoisse devant les circonstances difficiles.



QUELQUES DYSFONCTIONNEMENTS (suite)

L'acteur aurait choisi un « mauvais! » programme

...lorsque dans le contexte de la relation d'autorité les acteurs mettent en oeuvre des Stratégies d'emploi de la Force, ou de Fiction et de Manipulation, au lieu de choisir des Programmes qui respectent la stricte Rationalité. Au niveau déjà conscient, les circuits de récompense sont activés par un programme d'action contraire aux préceptes éthiques parce que cet autre programme produit au cerveau une compensation supérieure. (La question de hiérarchie et prédominance de ces programmes constitue une question éthique).



QUELQUES DYSFONCTIONNEMENTS (suite)

La formation morale est aussi nécessaire!

L'ensemble de réponses enregistrées dans le cerveau du décideur ne contient aucun « programme d'action » évalué comme adéquat par le complexe limbico-néocortical.

La paralysie pour la décision et l'action rend parfois difficile la relation d'autorité

L'état d'indécision et de peur du risque empêche les ganglions basaux d'envoyer des messages au lobe frontal et rend possible la diffusion d'émotions vagues et confuses. Dans ce cas l'interlocuteur qui attend des directives précises se sentira frustré.

Recommandations finales

PRENDRE SOIN DE LA PERSONNE DES SOIGNANTS : RÉFLEXIONS AU SUJET DE L'ÉTHIQUE INSTITUTIONNELLE

Thierry Collaud

J'ai entendu récemment deux échos de patientes ayant été traitées dans un hôpital romand. La première avait ressenti une atmosphère froide où les soignants faisaient leur travail sans enthousiasme et sans en faire plus qu'il ne fallait, ce qui l'avait amenée à quitter l'hôpital prématurément. La seconde vantait la qualité de l'accueil et de la relation soignante qu'elle avait expérimentée durant son séjour. Que reflètent ces deux expériences contrastées (mis à part la différence de caractère et de niveau d'exigence de celle qui les rapportent) ?

Elles mettent en évidence le fait que des équipes soignantes peuvent arriver ou non à établir une relation soignante positive valorisée par les patients mais aussi, j'ose le croire, par les soignants eux-mêmes qui reçoivent positivement le fait d'avoir pu satisfaire les attentes des destinataires de leurs actions. C'est dire aussi que dans le cas de la première patiente, si elle a pu se sentir blessée et non prise en compte comme personne, il est fort à parier que les soignants incriminés, eux non plus n'auront pas reçu ce retour positif auquel ils auraient eu droit.

Il existe probablement des soignants revêches qui n'ont jamais été intéressés par l'établissement d'une véritable relation soignante avec ceux qui leur sont confiés, mais je pense qu'ils sont plutôt rares. Il y a par contre un nombre beaucoup plus important de soignants en difficulté voire en souffrance qui fonctionnent à la manière de la première équipe bien malgré eux, comme forcés et contraints par les circonstances environnementales.

C'est à partir de cette situation, thème de notre journée, que j'aimerais réfléchir en tant qu'éthicien. C'est-à-dire tenter de discerner dans l'agir de chacun la part de volontaire et d'involontaire, la part de ce qui est désirable ou non désirable, autrement dit ce qui nous pousse dans la voie d'un agir authentiquement humain et ce qui nous en écarte.

Pour ce faire je m'arrêterai d'abord sur le mécanisme qu'on a appelé le *burnout* ou le *syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. Celui-ci est très parlant pour l'éthicien car il décrit des situations où la personne du soignant est menacée et où celui-ci se retire dans une situation a-morale c'est-à-dire dans une situation où il ne s'implique plus en tant que personne humaine. Dans la mesure où je maintiendrai avec le philosophe Paul Ricoeur que l'éthique doit être défini comme « la recherche de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes » et non pas comme un simple mécanisme procédural, être « éthique » ou « moral » implique beaucoup plus que l'application correcte d'un algorithme décisionnel. C'est chercher à accomplir le mieux possible ce que nous sommes appelés à être en tant qu'êtres humains ou, a contrario, c'est constamment chercher le chemin qui nous évite de glisser vers l'inhumanité.

Ensuite, après une prise de distance théorique sur la notion d'institution et sur les composantes de l'agir moral de la personne avec en particulier la notion de vertu, je reviendrai au niveau pratique pour voir ce qui est à faire pour maintenir la personne des soignants non pas dans le cadre d'une *éthique institutionnelle* qui pour moi n'existe pas et je m'en expliquerai, mais dans le cadre d'une *éthique dans l'institution*, ce qui est fort différent.

1. Menaces sur la personne des soignants : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants¹

Qu'est-ce qui se passe quand un soignant va mal, quand un soignant souffre du fait de sa situation professionnelle, quand il est soumis de manière continue et intensive à ces stressseurs majeurs que sont l'incertitude, le manque de contrôle ou le manque de retour gratifiant ?

Il change sa façon de travailler. Il réagit au stress devenu insupportable en mettant inconsciemment en place des mécanismes de défense qui vont lui permettre de résister à la pression subie mais qui vont également changer sa manière de s'impliquer, dans son travail. Le soignant s'adapte à la situation en redéfinissant sa manière d'être avec les soignés, et les autres membres de la communauté soignante et avec l'appareil institutionnel.

C'est en 1974, aux États-Unis, que Freudenberg a décrit, chez des jeunes volontaires travaillant dans des structures de prise en charge pour toxicomanes, un syndrome d'épuisement des soignants qu'il nommera *burnout*², mot qu'on a repris tel quel en français ou qu'on traduit par *syndrome d'épuisement professionnel des soignants* si on veut marquer ses spécificités par rapport à l'activité de la relation d'aide. On peut en donner la définition suivante :

*Réaction à un stress professionnel chronique, caractérisée par une adaptation à la situation et une réaction défensive, physique et émotionnelle*³

Cette adaptation défensive entraîne *une altération de la relation d'aide et, par conséquent, des performances au travail*. Elle a des implications négatives pour le soignant, le malade et l'efficacité du système de soins.

Quelques années plus tard Christina Maslach et ses collaborateurs⁴ décrivaient, dans le syndrome de burnout, les trois dimensions devenues classiques que sont : l'épuisement émotionnel (*emotional exhaustion*), la dépersonnalisation (*depersonalization*) et la diminution du sens de l'accomplissement personnel (*reduced personal accomplishment*).

La dépersonnalisation

J'aimerais m'arrêter plus particulièrement sur la notion de *dépersonnalisation* (qu'on a aussi traduit en français par *déshumanisation de la relation interpersonnelle* (Carnouï 2004) pour ne pas la confondre le symptôme psychiatrique du même nom).

Le soignant est souvent conduit à aider des personnes dans des situations extrêmement difficiles et lourdes émotionnellement. Des situations où se joue la vie et la mort. Des situations qui font surgir des émotions variées comme la compassion, la pitié, la joie, la gratitude, la peur, la colère, le dégoût etc.. Dans un contexte de manque de soutien et pour éviter que ces émotions ne représentent un danger pour l'individu lui-même celui-ci peut, dans un mouvement de recul, se composer une façade de professionnel en grande partie dépourvue d'humanité.

L'autre en difficulté le menace parce que son grand âge, sa fragilité, sa souffrance, pourraient lui advenir aussi. D'où l'utilisation de différentes tactiques pour garder de la distance : dans le mécanisme de dépersonnalisation, le soignant réagit par des réponses négatives voire dures ou alors d'une manière excessivement détachée vis-à-vis de ces personnes qui sont habituellement l'objet de ses services et de ses soins. Ce détachement casse les liens d'empathie et amène à une sécheresse

1 Pierre Canouï, Aline Mauranges, et Anne Florentin, *Le burnout : Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* (Editions Masson, 2004).

2 H.J. Freudenberg, « Staff burnout », *Journal of Social Issues*, (1974), 30, 159-165.

3 Simon Schraub et Eliane Marx, « Le point sur le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou burn out, en cancérologie », *Bulletin du Cancer* 91, n° 9 (2004), p.673.

4 Maslach, C., & Jackson, S. E. « The measurement of experienced burnout », *Journal of Occupational Behavior*, (1981) 2,99-113.

relationnelle allant jusqu'au cynisme. Le détachement par rapport à la personne soignée est excessif, celle-ci est mise à distance. Elle n'est plus traitée comme une personne, mais comme une chose, un objet (réification).

C'est comme si, quand rien ne va plus, on déconnectait la part *personnelle* de l'échange soignant-soigné, sa part humaine, pour ne plus fonctionner que sur un plan formel, dans une sorte de service minimum. Il n'y a plus d'ouverture de l'être vers autrui car celle-ci, trop dangereuse, risque de conduire la personne à sa destruction. Alors il y a ce repli, ce désinvestissement de ce qui faisait toute la richesse de la relation. Une dépersonnalisation du soignant qui amène inévitablement à la dépersonnalisation du soigné. Il n'existe plus de relation de soin au sens riche et humain de ce terme, mais uniquement un échange de prestations codifiées, données et reçues de manière impersonnelle.

Il faut pas voir là, bien entendu, une réorientation consciente de la philosophie de soin, mais un mécanisme de protection de soi, de maintien de son intégrité psychique qui se met en place progressivement et de manière non-consciente.

Ce qu'il faut relever c'est qu'en faisant de la dépersonnalisation un symptôme du burnout, en en disant l'anomalie, on manifeste a contrario que la relation de soins « normale » est une relation où le soignant s'investit avec l'entier de sa personne pour entrer en échange avec un patient considéré également toujours comme une personne.

2. Les institutions et les personnes

À ce stade de la réflexion il est utile, pour bien comprendre ce qui se joue, de préciser les concepts que l'on emploie ainsi que ce qu'on pourrait appeler leur mode de fonctionnement.

Je m'arrêterai à deux notions qui semblent incontournables dans notre problématique. Premièrement il faut dire quelques mots de l'institution et de son rôle réel ou fantasmé dans l'ambiance éthique du lieu de travail. Et puis il faut aussi parler de la personne, parce que c'est bien sûr un concept incontournable en éthique, mais aussi parce que nous venons de le voir le dysfonctionnement institutionnel menace directement le soignant dans ce qui en fait une personne.

a) L'institution

Je définirai l'institution comme ***une structure établie d'une manière durable, (instituée) dans le but d'organiser et de rendre effectif un projet d'action commune***. Pour ce faire elle génère et partage un ensemble de valeurs, de normes, de règles et d'usages. L'institution est dépendante de ses fondateurs et des personnes qui continuent à faire vivre (*instituants*).

En tant que structure elle est un moyen que la communauté des personnes institutantes utilise en vue d'une fin. C'est-à-dire qu'elle n'a pas de subjectivité propre, elle reste fondamentalement de l'*ordre des choses* dans le sens où l'entendait Kant, c'est-à-dire de l'ordre de ce qui n'a pas en soi-même une valeur absolue⁵. Elle ne tire sa valeur et sa justification que du projet dont elle sert la réalisation.

La règle comme base de l'agir institutionnel

Qu'est-ce qui fait fonctionner l'institution ? C'est le fait que les individus qui y participent s'insèrent dans sa structure et obéissent aux règles et aux procédures de fonctionnement qu'elle impose. Ils reconnaissent également les contraintes posées par la formalisation des relations interindividuelles.

Il faut remarquer que ces règles fixées par les instituants sont transformables comme est également modifiable la finalité même de l'institution c'est-à-dire ce pourquoi elle a été créée.

5 Kant, E. *Fondement de la métaphysique des mœurs*. Trad. V. Delbos. Paris, Delagrave, 148s

Une éthique en institution plutôt qu'une éthique institutionnelle

Est-ce que les institutions pensent ?

C'est toujours par analogie et, en un certain sens, par abus de langage que nous parlons de la volonté, de l'intention ou même de la responsabilité d'une institution. Fondamentalement l'institution n'est pas une personne et, à ce titre, elle ne possède pas de rationalité délibérative, de liberté, d'intentionnalité ou de volonté propre.

Cela dit, c'est bien à juste titre que l'on peut parler des contraintes que l'institution fait peser sur ses membres. Cependant il est important de bien considérer celle-ci comme une structure instituée et jamais instituante. La responsabilité ultime appartient finalement toujours à une personne ou à des personnes agissant collectivement (ce qui implique une complexification de l'intentionnalité et de l'assignation de la responsabilité, mais ne la retire pas aux personnes).

Ces trop brèves et trop grossières remarques veulent rendre attentif au fait qu'on ne peut pas attendre de décision volontaire de la structure institutionnelle et donc qu'il est trompeur de parler d'éthique institutionnelle si on entend par là une réflexion sur la manière dont devraient « se comporter » les institutions.

La dilution de la responsabilité

Un des dangers d'une personnalisation de l'institution est le fait d'attribuer une capacité décisionnelle à l'institution en tant que telle. C'est comme si celle-ci avait une volonté propre, comme si elle pouvait prendre des décisions et en assumer la responsabilité. Les personnes impliquées dans ces décisions les mettraient ensuite en oeuvre en tant que simples exécutants sans réfléchir ou en se refusant de prendre position sur leur caractère bon ou mauvais, c'est-à-dire sur leur moralité.

Or une des conséquences de la non-interchangeabilité des personnes fait que jamais, en tant que personne, je ne peux agir sans prendre sur moi la responsabilité de l'action. C'est-à-dire que *l'action que je fais est toujours mienne*, même si elle m'est commandée par la structure dans laquelle j'ai accepté d'être inséré. Il y a une impossibilité en morale de se justifier en disant « je n'ai fait qu'obéir aux ordres ». Il se peut que les circonstances fassent qu'un individu considère qu'il ne peut pas faire autrement. Mais alors il renonce à sa qualité de personne, il devient un objet exécutant dans une chaîne ou un processus décisionnel.

b) La personne

Il existe de nombreuses définitions de la personne qui touchent à des niveaux de complexité qui dépassent le cadre de ce petit exposé. J'utiliserai ici une définition toute simple en disant : ***une personne est un individu qui peut être inclus comme participant dans une relation Je-Tu considérée dans toute sa richesse***. Elle est l'opposée d'une chose, ce qui veut dire qu'elle a *en soi* une valeur absolue qui ne dépend en aucune manière de son rôle, de ses réalisations ou de son utilité. Autrement dit, elle ne peut pas être considérée uniquement comme un moyen en vue d'une fin. Vous me direz qu'on le fait souvent. Cela s'appelle réifier l'autre, le chosifier, le dépersonnaliser. C'est une tendance contre laquelle nous devons constamment lutter. Une personne se suffit à elle-même, elle n'a pas besoin d'être là pour un but particulier. Son but le plus important est d'être elle-même, de se réaliser, de parvenir à son accomplissement. Cela représente même le but fondamental de toute personne humaine : devenir un être humain dans le meilleur sens du terme. Il y a bien entendu d'autres buts seconds : devenir un bon infirmier, une bonne joueuse de tennis etc.. Ces buts ne se réalisent que sur l'arrière-fond de la recherche du meilleur accomplissement en tant qu'être humain.

Nous trouvons là une différence importante avec la notion d'institution. On peut changer le but

premier d'une institution, sa finalité, ce pourquoi elle est faite, en faire autre chose que ce qu'elle est, mais on ne peut pas changer une personne, dans sa finalité de personne.

La vertu comme élément directeur de l'action personnelle

La personne ne pose pas des actes isolés les uns des autres, mais mène sa vie en essayant d'y maintenir une certaine cohérence. Dans ce sens, elle va développer certains schèmes d'action, certaines dispositions ou inclination à agir dans la direction de son accomplissement plénier. C'est ce qu'en éthique on appelle des vertus. Elles sont comme la trace ou le sillon gravé par la répétition d'un agir conforme à la vérité de l'homme et qui lui impriment un mouvement d'authentique humanité sans cependant jamais aliéner sa liberté.

D'où une autre manière de faire de l'éthique que celle qui consiste à appliquer sur toute situation problématique le chablon des trois principes d'autonomie, de bienfaisance et de justice (on parlera d'éthique des vertus). Car si l'éthique dit bien ce que nous devons faire, comme il n'y a pas une césure entre ce que nous sommes et ce que nous faisons elle dit aussi ce que nous devons être. Ou, dit autrement, l'éthique dit ce que nous devons faire à partir de ce que nous pourrions ou devrions être.

Dans nos professions soignantes qui valorisent le savoir être comme préalable indispensable à tout savoir-faire, je trouve qu'on a beaucoup trop tendance à valoriser l'éthique des principes, l'éthique des cas concrets, c'est-à-dire l'éthique du *faire juste* au détriment de sa grande soeur, l'éthique de l'*être juste* c'est-à-dire l'éthique du caractère, de ce que nous sommes ou devrions être, autrement dit l'éthique des vertus. Évidemment je ne veux pas dire par là qu'il faut abandonner toute réflexion éthique sur l'acte concret. Il faut simplement remettre ce dernier dans le contexte d'un agir humain global et se poser les questions de ce qui favorise ou freine la possibilité d'un agir authentiquement humain. Ou l'on pourrait dire aussi : se demander dans nos manières d'agir quelles sont les pratiques qui contredisent cette humanisation que nous devrions rechercher c'est-à-dire quelles sont les pratiques déshumanisantes ... et vous comprenez pourquoi j'ai insisté sur la composante de dépersonnalisation/déshumanisation du burnout.

3. Quelques repères pour une éthique dans l'institution

Comme je l'ai déjà mentionné, il s'agit donc de déplacer l'attente éthique de l'institution elle-même vers les acteurs. Ils sont les seuls à pouvoir être assignés à responsabilité.

a) La responsabilité des personnes face à l'institution

Le premier élément d'une éthique institutionnelle ou plutôt d'une éthique dans l'institution consiste dans la prise de conscience par les actants de la nécessité d'un rapport critique à la dynamique institutionnelle empêchant celle-ci de tourner à vide et de générer des décisions qui ne peuvent pas être endossées au niveau personnel. On parlera d'une responsabilité de repérer, de dénoncer et de lutter contre toute dérive bureaucratique.

D'autre part, contre la tendance de résistance au changement inhérente à toute structure organisationnelle, les membres de l'institution ont la responsabilité de constamment la faire évoluer pour qu'elle réponde au mieux à sa tâche de base en fonction des circonstances changeantes.

b) La responsabilité des membres de l'institution de se maintenir mutuellement en tant que personnes dans un environnement imparfait

Le climat éthique dans l'institution dépendra aussi de la manière dont les membres de l'institution sauront assumer leur responsabilité de se maintenir mutuellement en tant que personnes dans un environnement qui sera toujours imparfait.

Là encore il faut rappeler que ce sont les personnes individuelles qui sont les véritables acteurs éthiques et non l'institution elle-même. On ne doit donc pas attendre du cadre institutionnel qu'il atteigne un degré de perfection idéale, ce qui ne sera jamais le cas. C'est donc dans une organisation toujours imparfaite, c'est-à-dire ayant toujours des tendances à induire de la dépersonnalisation que les personnes ont la responsabilité de résister à ce mouvement et de se maintenir pleinement comme personnes. Cette responsabilité de se maintenir comme personne n'est pas limitée à la sphère individuelle du soignant, mais elle s'étend vers les autres membres de l'équipe. Chacun est responsable des autres, chacun est responsable en particulier de ne pas laisser l'autre être entraîné vers la dépersonnalisation par la spirale du burnout et d'ainsi s'enkyster dans une situation déshumanisée et déshumanisante. Il s'agit donc d'une double responsabilité de maintenir la personne chez soi et chez autrui.

c) Ne pas cesser de penser

On pourrait décrire encore d'une autre façon cette lutte contre la dépersonnalisation en disant que toujours, dans toute situation, il s'agit de *ne pas cesser de penser*. La philosophe Hannah Arendt dans son fameux compte rendu du procès d'Adolf Eichmann (qui a été responsable de la logistique de l'élimination des Juifs durant la 2ème guerre mondiale) pose l'hypothèse qu'Eichmann n'était pas un monstre sanguinaire et anormal, mais qu'il était, au contraire, un individu des plus banal présentant selon elle une « curieuse et authentique inaptitude à penser »⁶. C'est-à-dire qu'Adolf Eichmann avait selon Arendt mis en veilleuse sa capacité de jugement, sa capacité de distinguer le bien du mal. Or, pour la philosophe, nous avons chacun d'entre nous cette capacité de nous interroger et de juger notre agir en fonction d'une conception de ce que c'est que d'être humain et du bien que nous partageons. Et si nous ne le faisons pas nous risquons de devenir un de ces « Monsieur-tout-le-monde, qui n'est pas méchant ni motivé, et qui pour cette raison, est capable de mal infini »⁷

Bien évidemment il s'agit là d'un exemple extrême. Les institutions auxquelles nous participons n'ont rien à voir avec celles de l'Allemagne nazie. Cette image, dans son exagération est cependant là pour nous rappeler que nous ne pouvons jamais suspendre notre jugement pour endosser sans esprit critique un comportement que nous dicte une structure institutionnelle. Cette *pensée nécessaire* que suggère la philosophe sera mise alors sous la figure de la vigilance face à tout automatisme, à tout mécanisme réifiant ou même face à une volonté réellement perverse.

d) Imaginer qu'on peut changer les choses

De qui vient le changement ? Pas forcément du sommet de la hiérarchie ou de l'institution elle-même mais bien souvent l'initiative vient d'une ou plusieurs personnes dans une position intermédiaire. La difficulté est alors de faire diffuser la proposition de changement dans l'entier de la structure. Dans ce sens la structure institutionnelle n'a pas la responsabilité d'initier le changement par contre elle doit être construite de manière telle que les propositions éthiques issues des personnes à différents endroits de l'organisation puissent circuler, être mis en discussion et éventuellement modifier le fonctionnement de l'ensemble en étant finalement reprises par les responsabilités personnelles des divers intervenants.

C'est donc en évitant d'attribuer l'intention à la structure, en décryptant les automatismes décisionnels et en remontant à leur source et en ayant le courage de contrecarrer ces automatismes qu'on arrivera à les modifier. On signalera ici l'importance de la contagion mimétique pour entraîner d'autres personnes en vue du changement.

⁶ Hannah Arendt, *Considérations morales* (Rivages, 1996), p. 26.

⁷ p. 71.

e) Cultiver les vertus

J'ai présenté les vertus comme des dispositions acquises progressivement au cours de l'existence et qui permettent à l'homme de devenir vraiment humain. Celles-ci devraient donc être des aides utiles pour lutter contre ce qui dépersonnalise et déshumanise.

De quelques vertus importantes dans la vie dans une institution de soin

Les auteurs anciens ont abondamment décrit les vertus sous forme de catalogues⁸. Parmi ces nombreuses qualités morales ou comme je les ai définies ces guides pour aller dans la direction d'une vie bonne on peut avoir la curiosité de voir celles qui sont particulièrement bienvenues dans une institution de soin.

On soulignera premièrement la **justice** qui est la vertu de la vie communautaire. Il y a aussi le **courage**, entre autre de résister à la dépersonnalisation, ou autrement dit, le courage de persévérer dans son être. Puis il y a la **compassion**, cette capacité de vibrer au ressenti d'autrui, qu'il soit dans la souffrance ou la douleur, mais aussi dans la joie. La **miséricorde** est la capacité de pardonner. H. Arendt, encore elle, nous dit que le pardon est nécessaire à toute existence humaine⁹. En effet une action posée ne peut être reprise. Il faut donc la capacité de pardonner pour ne pas ployer sous le poids de ce qui a été fait et qui a été mal fait ou qui n'aurait pas dû être fait. Et finalement l'**humilité** nécessaire au soignant plus qu'à tout autre peut-être pour le protéger de la tentation récurrente de se croire tout-puissant.

J'aimerais insister particulièrement sur les deux vertus de l'**humour** et de l'**amitié**. Mon attention a été attiré sur elles entre autres par une recherche de L.J. Kruger et coll. qui ont montré que deux facteurs importants pour la diminution du risque de burnout et pour favoriser l'épanouissement personnel chez des professionnels de la relation d'aide étaient l'amitié entre les membres de l'équipe et le fait de pouvoir s'amuser ensemble (*having fun*)¹⁰.

L'humour / le sourire

Aristote parlait d'une vertu qu'il appelait « *eutrapélie* »¹¹ c'est-à-dire la capacité de s'amuser, de prendre du plaisir. Il est difficile d'en donner une traduction simple, mais le mot d'humour convient bien si on le prend dans son sens le plus fort, comme cette capacité de plaisanter, c'est-à-dire de ne pas rester enfermé dans une structure rigide. Plaisanter c'est se laisser amener à un deuxième degré dans la lecture de la réalité c'est pour voir être ouvert à l'inattendu. C'est une vertu qui ouvre au sourire du coeur, à la jubilation, à la joie, à l'émerveillement.

Émerveillement précieux quand il est provoqué par l'apparition de la personne d'autrui et de son potentiel de surprise lié à son mystère à jamais indéchiffrable. Or, il y a deux manières de réagir face au mystère : soit celui-ci peut générer l'angoisse et la peur de l'inconnu, soit l'autre mystérieux peut me surprendre et être source d'étonnement et d'émerveillement. Il s'agit en fait de la manière dont nous sommes capable de faire face à l'inattendu. Est-ce que nous sommes dans une structure figée que l'imprévu menace ou est-ce que nous sommes dans une structure ouverte qui attend l'inattendu parce que celui-ci est alors source d'enrichissement et de renouvellement.

Petite précision : l'étonnement et l'émerveillement devant la survenance de l'inattendu ne sont pas le fait de l'institution, mais des personnes. L'institution, quand à elle, doit pouvoir être le cadre de cette survenance. Elle doit donc être conçue et organisée de manière à fournir de l'espace, à laisser de la

8 Pour un catalogue par un philosophe contemporain, voir : André Comte-Sponville, *Petit Traité des grandes vertus* (Seuil, 2006).

9 Arendt, H. (1983). Condition de l'homme moderne. Paris, Calmann-Lévy, 302ss.

10 L. J. Kruger, G. Bernstein, et H. Botman, « The relationship between team friendships and burnout among residential counselors » *The Journal of social psychology*, vol. 135, n° 2 (1995), 191-201.

11 Aristote, *Éthique à Nicomaque*. Paris, J. Vrin, II 7, 1108a 24.

place pour que la joie puisse advenir.

L'amitié

La vertu d'amitié ne signifie pas une amitié généralisée de tous avec tous. On parlera plutôt d'une ouverture à l'amitié particulière, d'une capacité de saisir l'occasion quand celle-ci se présente, d'une capacité à tisser et à développer des liens quand ceux-ci deviennent possibles. Là aussi il ne s'agit pas de l'analyse d'une situation à un moment donné, mais d'une disposition acquise progressivement dans ce qu'on peut appeler la croissance morale de l'individu. L'amitié c'est établir une relation Je-Tu d'un genre particulier, une sorte de quintessence de relation personnelle.

Cette importance de l'amitié implique une double responsabilité de la part de l'institution. D'une part celle de créer des conditions propices au développement de liens d'amitié (équipes homogènes, conditions architecturales permettant un *être-ensemble* etc.), mais aussi la responsabilité de la part des membres de l'équipe de laisser émerger des relations amicales entre eux. Ces dernières ne peuvent en effet pas être commandées.

4. Conclusion

On a souvent fait remarquer que les employés d'une institution traitent les patients comme ils sont eux-mêmes traités. Si je suis nié comme personne, je vais avoir tendance à nier l'autre. Ce qui se passe dans le burnout ne dit pas autre chose. C'est-à-dire à nouveau qu'il y a une forte connexion entre le fait pour le patient d'être une personne et le fait que le soignant puisse aussi se manifester comme tel. Donc le prendre soin des patients passe par le prendre soin des soignants. Et ceci dans une responsabilité partagée.

L'institution n'agit pas. Ce sont les personnes qui agissent et en même temps qui « sont agies » par la structure. Il s'agit de prendre conscience de ce paradoxe et de ne pas le laisser être source d'aliénation. L'éthique dans l'institution, est une expression par laquelle j'ai voulu dire une manière d'être humain dans des structures imparfaites. Cela consiste, quand les choses ne vont pas comme elles devraient, à ne pas attendre que l'institution prenne ses responsabilités, communique, respecte, veille à etc.. En général on ne fait pas de la bonne éthique quand on se contente de dire ce que les autres devraient faire. S'il y a des situations éthiques dans lesquels nous sommes engagés c'est toujours en tant qu'acteurs en recherche de la vie bonne pour nous et pour autrui, en recherche aussi de la justice des institutions qui nous sont indispensables. L'éthique c'est cela, avancer ensemble dans un monde où tout ne va pas comme il faudrait. Dire aussi la dimension collective de l'éthique, ce à quoi fait référence la notion d'éthique dans l'institution c'est justement dire l'importance de cette *avancer ensemble* dans des structures provisoires que nous faisons évoluer, au lieu d'attendre que les structures changent pour que nous puissions enfin nous mettre à faire quelque chose de signifiant.

Quel souci a t'on des soignants ?

Quel souci ont –ils d'eux mêmes ?

Résumé de Marie de Hennezel

Vous m'avez proposé un titre un peu rébarbatif « Répercussion des changements constants et du new management avec pistes de solutions » pour parler du malaise qui règne aujourd'hui dans le monde de la santé, et en particulier à l'hôpital.

J'ai préféré lui substituer ce titre : quel souci a t'on des soignants, quel souci ont-ils d'eux-mêmes,

Mon exposé ne partira pas d'une recherche scientifique, mais d'une enquête que j'ai faite il y a quelques années lorsque j'écrivais un livre sur la déshumanisation de l'hôpital et du système de santé, *le souci de l'autre*.

Je suis partie d'un constat : dans notre système de santé, tout le monde souffre. Les patients, mes familles et les soignants. Tout le monde souffre d'une perte d'humanité.

Nous avons eu en France, il y a quelques années, des Etats Généraux de la santé. Je me souviens d'un grand forum auquel assistait Bernard Kouchener, alors Ministre de la santé. Des malades ont pris la parole et lui ont dit : « Nous avons une bonne médecine, compétente, une des meilleures sans doute au monde, mais donnez-nous une médecine humaine ! »

C'est ce cri du cœur qui a été à l'origine de mon intérêt pour cette question.

Par ailleurs, j'ai moi-même travaillé plus de dix ans dans un service hospitalier de soins palliatifs, au contact de patients mourants et de leurs familles en souffrance. Ce genre de services a la réputation d'être très anxiogène. Les études nord américaines sur le « burn out » montrent que la confrontation avec la maladie grave, inguérissable, et la mort des patients est un facteur de stress majeur. Les médecins et les soignants butent sur une réalité qu'ils ne peuvent intégrer. Ils ont été formés à guérir, pas à accompagner les mourants. Dès lors qu'ils savent qu'ils sont arrivés au bout de leurs ressources thérapeutiques, soit ils poursuivent les traitements pour se donner bonne conscience, tout en sachant très bien qu'ils paieront cet acharnement sur le corps de la personne d'une impossibilité à maintenir une relation de vérité, soit ils « abandonnent la personne » et prennent la fuite. Dans les deux cas, leur attitude ne peut être humainement satisfaisante. Ils souffrent donc.

Le service dans lequel je travaillais comme psychologue avait fait le choix d'affronter la fin de vie de ses patients, avec tout ce que cela implique, et non pas de la fuir. Ce choix conscient fait par des soignants volontaires a bien évidemment soudé l'équipe, et lui a permis de travailler dans un contexte d'humanité remarquable dont tous, du patient aux soignants, en passant par les proches faisaient l'éloge.

Quel paradoxe : voilà un service dans lequel, vu de l'extérieur, personne n'aurait voulu venir travailler tant la confrontation avec la mort et l'impuissance à guérir faisait peur. Et en même temps, de l'avis de tous ceux qui y travaillaient, c'était un lieu où chaque soignant avait le sentiment d'être valorisé, d'être à la fois techniquement compétent et humain. Le taux d'absentéisme était un des plus bas de l'hôpital et certaines catégories du personnel (notamment les médecins et les aides soignants) sont restés plus de dix ans à leur poste.

Je suis donc partie de cette expérience, certes un peu particulière, pour interroger les conditions que nous avons mises en place, et me demander pourquoi une telle organisation, une telle culture du soin, étaient de moins en moins possible dans le contexte hospitalier actuel. S'agissait-il seulement de l'évolution de la médecine et de l'hôpital, des contraintes économiques qui ont transformé le lieu « hospitalier » d'autrefois en entreprise, en « usine à soins » devant répondre à des exigences comptables ? S'agissait-il seulement de problèmes de manque de personnels ou de manque de temps ? De la lourdeur des tâches administratives ?

Ou bien s'agit-il de quelque chose de plus grave, au fond ? La perte progressive d'une culture du soin, dans laquelle le souci de l'autre, l'estime de soi, finissent par disparaître ?

UTILISER LA SOPHROLOGIE SUR LE LIEU DE TRAVAIL

par Ricardo Lopez

Aspects théoriques

Qu'est-ce que la Sophrologie ?

La Sophrologie c'est une discipline créée par le Prof. Caycedo à Madrid en 1960. Elle permet de développer ses capacités personnelles et d'améliorer ainsi son existence au quotidien grâce à une meilleure connaissance de soi.

- SOS sérénité, harmonie
- PHREN cerveau, conscience
- LOGOS science, étude

La Sophrologie est la science de la conscience et des valeurs de l'existence

Comment fonctionne-t-elle ?

La Sophrologie utilise la conscience du corps pour consolider une meilleure conscience de soi même, en générant :

- Une harmonisation du système corps - esprit
- Une activation des ressources
- Une prédisposition au changement
- Une meilleure autonomie et créativité
- Conscience et lucidité

En résumant la sophrologie fonctionne comme une pédagogie de l'être à travers l'expérience profonde et positive du corps.

Les exercices pratiques font redécouvrir graduellement des sensations corporelles. On utilise la respiration, la concentration, la détente, la posture, l'enracinement, la verticalité. Il s'agit d'une invitation réconciliant le corps et l'esprit

Ses applications

La Sophrologie dès ses débuts a trouvé des applications dans le domaine médical, et thérapeutique (fait par des médecins ou du personnel para médical). Elle s'est également développée dans les domaines sociaux, et, pédagogiques, de la prophylaxie ou de la prévention au niveau social, dans le cadre du développement personnel, de l'entreprise et du sport.

Applications dans le monde du travail ou de l'activité

Face aux exigences de la vie socioprofessionnelle, l'accélération du rythme de vie, il devient de plus en plus difficile à l'homme de s'adapter ; son organisme accepte plus ou moins bien les contraintes auxquelles il est soumis.

Les techniques de Sophrologie mettent l'individu en harmonie avec lui-même. Elles lui apportent :

- concentration
- efficacité
- gestion du stress
- résolution des problèmes personnels
- motivation
- meilleure communication etc.
- prévention au burn-out
- tout simplement : amélioration de la santé

Comment opèrent ces méthodes ?

Les méthodes sophrologiques appelées « Relaxation Dynamique » sont structurées de manière à activer dans le corps le système « calme et repos » en complément au système « activité et dynamisme ». L'alternance de ces deux systèmes est nécessaire pour un équilibre général dans la vie.

Les expériences réalisées depuis des années dans le monde du travail nous ont montré que des exercices simples adaptés à tout un chacun selon son rythme, permettent à l'individu de se familiariser avec ce système peu entraîné. Pour des raisons socioculturelles et d'époque, nous sommes plongés dans l'activisme sans nous en rendre compte sauf quand nous sommes saturés ou malades.

Les méthodes sophroniques visent à se familiariser avec ce système de calme et repos pour permettre une autorégulation spontanée et naturelle. Ce système nous permet de prendre de la distance et un meilleur recul face aux tensions de la vie quotidienne. Il nous aide également à détecter rapidement les sources de stress et à agir rapidement durant ou après l'événement qui est en cause

D'autre part les méthodes nous apprennent à anticiper, pendant les périodes plus ou moins chargées en masse de travail, pour mettre en place des attitudes, des stratégies et des ressources, qui nous permettent d'amortir les tensions dues au stress, et de répondre de manière créative aux imprévus

La pratique de la Sophrologie est un outil indéniable pour prévenir le burn-out, car elle nous apprend à reconnaître nos limites, à les respecter et à les poser de manière affirmée, à travers une meilleure écoute du corps. L'auto - estime renforcée, s'avère un antidote formidable dans cette problématique de notre temps.

Journée scientifique HECVSanté - La santé dans la santé

13 septembre 2007

Yves Dorogi

Les équipes soignantes face au stress et au traumatisme : supervision / débriefing.

Il est reconnu que le travail des infirmiers(ères) est source de stress important et prolongé. De nombreuses études démontrent que le personnel infirmier est en souffrance : épuisement professionnel, détresse psychologique, troubles mentaux.

De quelle souffrance s'agit-il et comment peut-on y répondre ?

Le service infirmier de la psychiatrie de liaison a développé des modèles d'intervention différenciés auprès des équipes soignantes confrontées au stress et au traumatisme. Ces approches se veulent spécifiques à la problématique des situations vécues par nos collègues.

Nous distinguons le traumatisme psychique, lié à un événement hors norme, subit et imprévisible comme par exemple un suicide, une violence aiguë ; du stress, lié notamment à la charge de travail, à la confrontation répétée à des pathologies lourdes, à la relation soignant-soigné. Leurs répercussions potentielles sur les soignants sont sensiblement différentes et font donc appel à des réponses ajustées.

Face à un traumatisme psychique la réponse doit être nuancée. Le débriefing – terme utilisé à tout va – est un outil controversé. Il peut être proposé seulement à certaines conditions, individuellement ou collectivement, et par des personnes formées généralement en psychiatrie. Nous le différencions de l'approche immédiate, post événement traumatique, dénommée defusing, qui est une approche de régulation, de normalisation, qui peut se faire par les pairs ayant reçu une formation complémentaire.

Le setting du débriefing restant une approche relevant de l'exception.

La supervision est un outil utile face au stress chronique en lien direct avec le contexte professionnel des équipes soignantes. Offrir aux professionnels une écoute et un soutien pour réfléchir aux problèmes rencontrés, permet de réduire les tensions liées aux différents facteurs de stress, et ainsi prévenir un épuisement professionnel. Le but final est d'améliorer les pratiques des soignants en amenant ceux-ci à résoudre eux-mêmes les problèmes qu'ils rencontrent. Ce processus réflexif a aussi des bénéfices au niveau des prises en charge des patients (approche bio-psycho-sociale), au niveau du développement des compétences, au niveau de la dynamique d'équipe, au niveau de l'identité professionnelle...

La supervision a donc des impacts très larges tant sur le plan individuel que groupal. Cette approche s'inscrit dans le modèle de l'intersubjectivité (le sens de l'expérience partagée qui émerge de la réciprocité) et permet d'amener les participants à développer une meilleure connaissance de soi, et des répercussions affectives.

Ainsi, nous postulons que cette pratique est essentielle au développement professionnel, elle favorise la prévention du burn-out, et pour des situations exceptionnelles de traumatisme elle favorise l'accès à l'utilisation d'interventions spécifiques comme le débriefing.

Travail, interculturalité, migration: de soignant à soigné ou entre professionnels

1. Introduction

Le thème des migrations et des relations entre autochtones et migrants est, depuis quelques années, un des grands sujets de l'actualité politique et sociale.

Les impératifs dans l'élaboration et diffusion du programme de cette journée ont porté les organisateurs à attribuer un titre à ma présentation. Titre qui m'a semblé d'abord trop vaste mais que, par la suite, j'ai ressenti comme très approprié. En effet, il pose d'emblée deux importantes dimensions de notre rapport à la population migrante (et c'est particulièrement le cas dans le domaine de la santé) : d'une part, en tant que population qui, comme tout un chacun, rencontre des problèmes de santé mais, d'autre part et surtout, la réalité de travailleurs que nous côtoyons quotidiennement dans l'exercice de notre profession.

Donc, s'il y a un élément qu'il me semble important de souligner en premier, c'est que les étrangers, les migrants que nous côtoyons chaque jour d'une manière ou d'une autre sont, avant tout et pour la très large majorité, des travailleurs qui construisent avec nous cette société et, presque toujours, en effectuant les tâches plus dures, ingrates et dangereuses, celles que nous n'aimons pas trop effectuer. Parce que, et c'est un autre élément à ne pas oublier, quand on parle de migrants, on ne fait pas référence, au sens littéral du terme ; on ne parle pas de toute personne née à l'étranger et vivant ici ; nous ne penserions pas appeler « immigrant » le PDG d'une grande multinationale. Le migrant est celui qui est surtout considéré et valorisé comme main d'œuvre. Transposé au domaine de la santé, les médecins étrangers qu'on peut rencontrer au CHUV sont, avant tout autre chose, des médecins ; mais si on parle de migrants et migrantes, on pensera tout d'abord aux aides-soignantes. Le schéma de ma présentation est le suivant :

- Je commencerai par un bref rappel des éléments importants du cadre migratoire et de la politique d'intégration en Suisse. Ces éléments sont censés fixer le contexte dans lequel s'insère la problématique qui nous occupe.
- Par la suite, j'entends inscrire cette problématique dans le domaine sanitaire et de politique de santé. Qu'est-ce qu'implique la réalité multiculturelle dans ce domaine ? Quels sont les éventuels problèmes et questions qui peuvent se présenter ?
- En approfondissant l'analyse, je vais examiner les principales répercussions de la réalité migratoire sur la santé du point de vue des patients migrants ;
- Et je compléterai l'exposé avec les implications de la multiplicité d'origines parmi le personnel soignant ;
- Pour conclure, j'énoncerai quelques éclairages qui nous viennent du savoir anthropologique et essaierai d'esquisser quelques pistes de réflexion pour le futur.

2. Le cadre : politique migratoire et d'intégration

Jusqu'aux années 70, la politique suisse en matière de migration est déterminée par des considérations économiques (besoins du marché de l'emploi) et par la question identitaire (crainte de la «pénétration étrangère»). L'immigration devait favoriser la croissance économique de l'après-guerre, sans pour autant mettre en péril « la spécificité culturelle suisse ».

La législation s'appuyait sur la loi sur le séjour et l'établissement des étrangers (LSEE), qui datait de 1931. Elle visait à contrôler et limiter le nombre d'étrangers sur le sol helvétique. Dans ce cadre, la présence des travailleurs migrants en Suisse était considérée comme temporaire.

Les migrants étaient définis comme un groupe circonscrit et distinct des autochtones, devant s'adapter dans un processus d'assimilation à la société suisse.

Avec la crise économique des années 1970, le recrutement de la main-d'œuvre étrangère est encore plus freiné. Dans les années 1970 à 1980, plusieurs votations populaires ont lieu avec l'objectif de limiter le nombre d'étrangers. En réponse à l'émergence des courants xénophobes de l'époque, la Suisse se dote d'une politique en vue de l'intégration des étrangers, surtout à l'échelon cantonal et dans les villes, alors qu'elle reste embryonnaire au niveau national.

Depuis les années 90, on a constaté une importante augmentation des flux migratoires en Suisse :

- En grande partie, en raison des regroupements familiaux (rendus impossible auparavant par le statut de saisonnier),
- dans une moindre mesure, par l'augmentation de la migration d'asile (surtout à partir de 1991), et
- finalement, par l'apparition d'un nouveau type de migrant : le « sans-papiers » (notamment, à partir de la fin des années 90).

Cette croissance va de pair avec une diversification géographique des pays de provenance. La population migrante qui était jusqu'à la fin des années 1970 surtout composée de jeunes hommes, venus seuls en Suisse à la recherche d'un travail, s'est diversifiée aussi par rapport à l'âge et au sexe (notamment, l'importante arrivée de femmes seules).

Enfin, le type de migration et la durée de résidence en Suisse évoluent. Parce que, parallèlement à la migration traditionnelle de travailleurs, nous comptons un nombre plus important de migrants (requérants d'asile, sans-papiers) dont les conditions légales et socioéconomiques de séjour apparaissent précaires, voire très précaires.

2.1. Quelques caractéristiques sociodémographiques de la population immigrée en Suisse

- Actuellement, presque 21% (20.7%) de la population en Suisse est de nationalité étrangère, à savoir environ 1,5 mio de personnes. Dans le canton de Vaud, les étrangers représentent 28% de la population (environ 200 mille personnes). Plus de la moitié des personnes d'origine étrangère sont nées en Suisse ou y vivent depuis 15 ans et plus (OFS 2000). Rappelons pour

mémoire que dans nombre de pays qui nous entourent ces personnes nées en Suisse seraient des nationaux ce qui amènerait le taux de population étrangère à un niveau comparable à celui de nos voisins.

D'autre part on estime qu'environ 100 mille migrants clandestins résident en Suisse. Mais, il s'agit d'une population très fluctuante et qui évolue rapidement.

- La plus grande partie des migrants est venue en Suisse soit pour travailler, soit pour rejoindre un membre de leur famille qui y travaille. Les raisons d'ordre politique (asile) ou liées à la formation sont d'autres motifs importants. Les requérants d'asile (permis N), réfugiés et les personnes admises à titre provisoire (permis F) étaient, fin 2006, 70 mille personnes, représentant environ 4.5% de la population étrangère résidente, soit un peu moins de 1% de la population totale en Suisse.
- Si historiquement, les pays de provenance des migrants étaient surtout les pays voisins de la Suisse, suite au recrutement de travailleurs étrangers, les lieux de provenance se sont déplacés vers la fin des années 1970 de l'espace méditerranéen. Malgré tout, 90% de la population étrangère provient d'Europe et la nouvelle LETR va accentuer cette tendance.

2.2. Quelques notes sur la notion d'interculturalité

Le concept d'interculturalité est né dans les années septante et 80, à propos d'abord de l'intégration scolaire des élèves migrants. En mettant l'accent sur les échanges entre les diverses cultures habitant nos sociétés, l'interculturalité s'oppose à la multiculturalité, simple juxtaposition de cultures différentes.

Force est cependant aujourd'hui de constater que l'interculturalité n'a le plus souvent guère été plus loin que les déclarations de bonnes intentions. L'interculturel serait un "fourre-tout", pratiquement vide de sens. La question est aujourd'hui d'autant plus pertinente que le concept d'interculturalité est désormais nomade : s'y réfèrent aussi les professionnels de la santé et du social, les œuvres d'entraide et les multinationales.

De fait, une véritable interculturalité implique une redéfinition de notre rapport à soi et à l'autre. Rapport à soi : prendre conscience du métissage historique de notre propre culture, de son caractère par essence dynamique ; chercher à connaître et reconnaître nos propres repères culturels, tâche assez ardue en cette époque de globalisation. Rapport à l'autre : chercher à le (re)connaître et à nous faire (re)connaître par lui, prendre conscience de nos inévitables jugements de valeur, (re)trouver les similitudes fondamentales que lui et moi, de même que tout être humain, partageons. Inévitablement, les professionnels du social, de la santé et de l'éducation doivent alors redéfinir leur rôle.

Reste que la communication avec « l'autre », le rapport à l'altérité est toujours problématique. Mots, gestes, attitudes peuvent être sans le vouloir sources de malentendus ou conflits. Non seulement d'une culture à l'autre mais également au sein d'une même culture.

3. Migrations et santé

3.1. Santé et migrations en Suisse

L'augmentation des flux migratoires, la diversité des lieux de provenances, de l'âge, du sexe et du statut légal ont accru la visibilité des migrants dans la population. Par ailleurs, des besoins de santé nouveaux se sont manifestés chez les migrants.

D'autre part, la migration de travailleurs spécialisés fait que les services de santé incluent maintenant de nombreux soignants d'origine étrangère.

La politique migratoire et celle de l'intégration ont favorisé aussi l'élaboration d'une politique sanitaire spécifique, bien que leur impulsion ait été tardive.

La politique suisse en matière de migration est caractérisée dès 1945 jusqu'aux années 1970, par une absence de politique d'intégration des étrangers et, par conséquent, par une indifférenciation des besoins des migrants dans le système de soins standards.

Pour la période 1970-1980, cette réflexion est encore moins présente dans le milieu de la santé en Suisse, qui a tendance à négliger les besoins spécifiques des migrants en matière de santé. A partir des années 1990, la question de l'intégration devient encore plus importante, en raison de la croissance du taux de chômage qui touche en priorité les migrants, de l'augmentation de la migration d'asile, ainsi que du débat sur la politique d'asile (CFE 1999).

Il faut rappeler dans ce sens que la politique migratoire a produit une certaine structure socio-démographique de la population migrante, mais aussi que cette politique a influencé la situation de précarité des migrants et par conséquent, la question de la santé.

3.2. Paradigmes explicatifs de la santé des migrants

Du point de vue sanitaire, le migrant a été traditionnellement considéré comme porteur d'un risque et comme nécessitant une prise en charge particulière (du fait de sa supposée différence, largement construite par les institutions).

Dans ce paradigme, la santé des migrants est analysée selon trois types d'affections:

- la « pathologie d'importation » qui correspond aux maladies importées par les migrants de leur pays de provenance (maladies parasitaires, mais aussi héréditaires) ;
- la « pathologie d'acquisition », liée à des facteurs de risque auxquels l'immigré est exposé dans son nouveau contexte environnemental, qui favorise notamment le développement de maladies infectieuses ;
- la « pathologie d'adaptation » reflète les difficultés rencontrées dans la confrontation avec la société d'accueil qui se traduirait notamment par des troubles psychiques revêtant des formes particulières et justifiant des soins spécifiques.

Fassin (2000) critique ce modèle et lui reproche d'isoler «un secteur de la médecine qui justifierait une pratique spécifique de la médecine, tant somaticienne que psychiatrique », avec pour corollaire de se représenter la population immigrée

comme un « groupe à risque ». Enfin, il cantonne, la santé des migrants aux seuls spécialistes de santé, n'envisageant pas leur situation de manière plus globale. Aujourd'hui, les chercheurs préfèrent également se distancier de ce modèle appréhendant les troubles de manière linéaire (avant, après la migration), par un modèle considérant la situation des migrants de façon dynamique et globale.

3.3. Les politiques de la santé : politique universaliste et particulariste

L'élaboration de la politique sanitaire, donne lieu à un vif débat (aux niveaux politique et académique), où s'affrontent une *approche universaliste et particulariste* qu'on peut définir comme suit : l'approche universaliste, s'oppose à des mesures spécifiques pour les migrants en vue de leur intégration et prône des mesures non-différenciées de politique sociale et sanitaire ; à l'autre extrême, l'approche particulariste promeut des efforts spécifiques en vue de l'intégration des migrants. Ces efforts peuvent tendre jusqu'à l'élaboration par ex. d'une politique sociale et sanitaire spécifique à chaque groupe ethnique ou national. Nous savons que la Suisse n'a pas opté jusqu'à présent pour une stratégie constituée de mesures spécifiques, visant à favoriser l'intégration des migrants dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines (par ex. social, éducation, travail). En d'autres termes, la politique suisse est caractérisée par une orientation universaliste plutôt que par une approche particulariste.

Il est vrai que chacune de ces deux approches comporte des dérives qui vont de la non-prise en compte des besoins des migrants pour la perspective universaliste, au risque de « culturalisation » des migrants dans une approche particulariste. Par contre, combinées, ces deux perspectives peuvent s'avérer complémentaires, et permettre, malgré leur fort antagonisme, de trouver des solutions pragmatiques, notamment dans le domaine de la santé. Cette double perspective peut aller dans le sens d'une politique favorisant l'égalité des chances en mettant en oeuvre des mesures compensatoires pour lutter contre les discriminations directes et indirectes dont sont victimes les migrants.

La question qu'il faut se poser est la suivante :

- Comment atteindre les conditions qui permettent la participation égale des migrants au système de santé ? (ce qui pose la question par exemple de l'accessibilité des soins et de la communication, mais aussi de l'organisation générale du système de santé).

Dès le début des années 90, dans les *cantons*, des outils ont été développés afin de réduire les difficultés que les immigrés éprouvent pour accéder au système de santé (points de contact, services de traduction ou projets de réseaux). Des mesures de prévention et de promotion de la santé ont en outre été développées à l'intention de la population immigrée. Sur ce terrain, la plupart des cantons laissent agir des organismes privés et autofinancés, parfois soutenus par les pouvoirs publics.

Dans leur rapport de recherche « Migration et santé : priorités d'une stratégie d'intervention », le Forum Suisse pour l'étude des migrations (2001), différencie quatre paradigmes explicatifs des différences de santé entre migrants et autochtones, qu'ils envisagent en interaction les uns avec les autres : la culture, la migration, la couche sociale et le contexte d'accueil. Chacun de ces facteurs contient une tension entre une perspective abordant la migration sous forme de déficit, s'intéressant dans ce cas aux difficultés engendrées par la migration, ou de

ressources, à savoir les modifications fructueuses de la trajectoire individuelle par le biais de la migration. Actuellement, la plupart des recherches sur la migration tiennent compte des deux perspectives mais accentuent selon les cas l'une ou l'autre.

- *La culture* : le paradigme culturel est fort controversé et complexe. Les explications en termes de culture sont trompeuses, car elles occultent des facteurs déterminants provenant des contextes sociaux et politiques. En revanche, la culture définie en tant que part constitutive de la personne humaine et déterminant ces interactions dans un contexte social peut être un concept utile pour expliquer certaines différences : source de comportements variés (habitudes alimentaires, interdits religieux, etc.) pouvant être soit à risque, soit bénéfique pour la santé.
- *L'expérience migratoire* : cette perspective se place au niveau de l'individu et prend en compte les conséquences de l'expérience migratoire spécifique à chaque personne. La migration est analysée comme un facteur stressant et traumatisant, tant psychologiquement que physiquement, et même pour les migrants installés de longue date dans le pays d'accueil. Mais la migration peut être aussi à l'origine de nouvelles conditions sociales et économiques favorables pouvant avoir des conséquences positives sur la santé. Enfin, il faut souligner que les migrants arrivés dans un pays d'accueil sont souvent le fruit d'une sélection de personnes en bonne santé.
- *Les conditions de séjour* : diverses études établissent une relation entre l'état de santé et le *statut légal* dans la société d'accueil. Le statut légal se répercute de manière indirecte sur l'état de santé (accès limité aux soins ou aux assurances sociales, troubles dus à la situation de précarité du statut, orientation vers des branches économiques à risques). L'état de santé est ainsi susceptible de varier selon le statut légal des migrants, même si l'obligation de s'affilier à l'assurance-maladie de base, devrait garantir un accès aux soins de toute la population en possession d'un statut de séjour.
- *La couche sociale* : partant du constat que « les migrants vivent dans des positions sociales plus défavorisées que celles des autochtones », un grand nombre d'auteurs mettent en avant l'impact de la couche sociale pour expliquer les différences de santé (au niveau psychique et somatique) entre les migrants et les autochtones et ce depuis les années 1970 déjà.

En bref, les études actuelles appréhendent davantage la situation des migrants comme l'objet d'une dynamique de « précarisation » comprenant les quatre paradigmes décrits, plutôt qu'influencée par un seul facteur.

En citant Fassin (2000 : 6) : il s'agit de considérer que la santé des immigrés n'existe pas en soi, inscrite en quelque sorte dans des gènes, des microbes ou des processus psychiques, mais qu'elle existe dans la relation qui est historiquement construite par des acteurs sociaux ».

Il y a une construction culturelle de la différence dans le rapport à l'autre. Le rapport à l'autre présume toujours une différence. Chacun construit son identité et sa relation à l'altérité en posant cet écart entre soi et autrui. S'agissant de l'étranger, la différence semble d'autant plus naturelle qu'elle se manifeste souvent dans l'évidence de l'apparence physique, de la tenue vestimentaire, de la pratique langagière, des conduites corporelles.

Or, il est facile de là à tomber dans le « culturalisme » et l'essai d'expliquer par la seule différence de culture les problèmes de santé ou de communication avec l'étranger. Dans le « culturalisme » : « les conditions matérielles, les statuts juridiques, les contraintes de l'existence, sont gommés au profit de la seule donnée culturelle. Or, être en permanence en quête de ressources financières, ne pas avoir de titre de séjour, subir des discriminations au quotidien, sont des éléments qui peuvent souvent rendre compte de comportements en matière de santé et de soins, bien mieux que toute essentialisation de la différence » (Fassin 2000 : 8).

En outre, le culturalisme comporte généralement une opinion qui véhicule un nombre important de stéréotypes et de généralisations, ainsi qu'une catégorisation des patients désignés selon leur différence.

Cette altérité est censée expliquer également, pour le moins en partie, leurs difficultés sociales à s'intégrer (différences de comportement).

Par contre, il ne s'agit pas non plus d'évacuer ou sous-estimer l'importance des référents culturels des sociétés d'origine au niveau des discours et des comportements des populations immigrés. Mais, l'identité sociale n'est pas seulement une identité ethnique (identification professionnelle, politique, religieuse, etc.).

Penser aussi que certains migrants sont en rupture par rapport aux règles sociales ou vis-à-vis d'une famille vécue comme contraignante. Pour ceux-ci, la migration ou l'exil est l'issue d'une trajectoire de rupture ou d'acculturation à l'intérieur de leur propre pays.

Dans la littérature sur la problématique de la santé et les migrations, deux grands thèmes se dégagent largement :

- La question de l'accès aux soins de la population migrante, et
- La relation entre les migrants et les soignants.

La question de l'accès aux soins de la population migrante est un des thèmes le plus traité ces dernières années, suite à la précarisation généralisée des conditions de vie des secteurs les plus défavorisés de la société, secteurs dans lesquels les migrants sont les premiers concernés.

D'une part, la multiplication des statuts précaires concernant le domaine de l'asile (je pense notamment au NEM mais aussi les nombreux admis plus ou moins provisoirement). Mais aussi, les travailleurs sans-papiers à qui l'accès aux structures de soins est très restreint (problème de l'assurance maladie, du passage par les structures « de proximité », etc.).

Plus en général, dans cette période où les coûts de la santé sont décrits comme un problème « majeur », il me semble qu'il s'affirme une volonté de « filtrer » l'éventuelle demande médicale des migrants (pensons à FARMED et sa possible extension).

Mais d'autre part, comme le rappelle Fassin : « les inégalités sociales de santé, telles qu'on peut les mesurer en termes d'écart d'espérance de vie, sont la conséquence moins de différences d'accès aux soins que de disparités dans la production des maladies » (Les lois de l'inhospitalité, 1997, p. 114)

La relation entre les migrants et les soignants est également un des thèmes le plus abordés dans la littérature sur la prise en charge sanitaire des migrants. Ici, ce sont notamment les difficultés liées aux différences culturelles et à la communication

interculturelle qui sont mises en avant. Les différences de langue et de langage, des styles de communication, de représentation des maladies, etc sont présentés comme autant d'obstacles à une relation thérapeutique satisfaisante (tant pour le soignant que pour le soigné).

C'est ainsi que de plus en plus on parle de Médiation culturelle :

La médiation culturelle est conçue comme une des modalités de l'interprétariat dans les domaines de la santé et du social. Pour la médiation culturelle les personnes allophones nécessitent certes de pouvoir s'exprimer dans leur propre langue, mais la compréhension du sens des messages échangés ne peut faire fi des contextes culturels des partenaires.

En Suisse, la première formation d'envergure d'interprètes-médiateurs culturels a été organisée en 1996 par Appartenances. En 1999 a par ailleurs été fondée l'association suisse pour la promotion de l'interprétariat et de la médiation culturelle, *Interpret'*, qui cherche aussi à faire reconnaître leur statut.

Sans nier la valeur et l'utilité des interprètes-médiateurs, qui peuvent être indispensables en certaines situations. Je crois que le regard des soignants doit se centrer en premier lieu sur le patient, l'individu et non sur l'immigré. Le danger est de substantiaiser la différence ou de tomber dans le culturalisme.

Ce ne sont pas les spécificités culturelles d'un quelconque groupe qui devront orienter l'adaptation des services ou des institutions, mais ce sont les besoins spécifiques des individus qui doivent déterminer les actions.

Du point de vue du professionnel, le travail avec la population migrante peut comporter plusieurs problèmes, ainsi que des tensions et conflits entre soignants et soignés :

- La barrière linguistique (difficulté à comprendre la demande ou le problème du patient, l'informer sur le traitement ou la prévention, etc.) ;
- Les différences de comportement (irrégularités ou retards aux rendez-vous, le recours à d'autres pratiques thérapeutiques ou rituels religieux, etc.) ;
- Des codes différents autour de la maladie, de la mort, du temps, de la douleur.
- Des situations de précarité extrême, des situations de manque d'un statut légal ou d'absence de couverture sociale.
- Pour ne pas parler des situations de violence entre individus ou à l'encontre du personnel soignant.

Si la différence culturelle ne doit pas être niée, il est intéressant de noter que les éléments avancés par les professionnels pour expliquer leurs difficultés relèvent principalement de la culture plutôt que d'autres aspects, liés par exemple à la condition de migrant, à notre politique d'intégration ou encore aux statuts de l'individu. Il s'agit d'un regard ethnocentrique et culturaliste.

Les médecins et les autres professionnels de la santé, sont sensibles « aux droits des malades », « à l'approche globale du malade », à « l'humanisation des soins » et expriment leur intérêt ou désir de se « former » sur les autres cultures. L'idée est que c'est par la connaissance des cultures, plus que des personnes singulières, que l'on parviendra à remédier aux difficultés rencontrées. Mais, en remontant aux situations concrètes rencontrées dans les services, est apparu que ce sont bien souvent des

préjugés et des stéréotypes qui sont un obstacle à la relation et donc à la connaissance du malade. Lequel malade reste le meilleur informateur non pas sur sa culture, ce qui n'a pas grand sens dans cette situation, mais sur le sens qu'a pour lui telle pratique culturelle ou religieuse.

4. Le multiculturalisme parmi les professionnels de la santé

Le recensement fédéral de 2000 révèle que dans le canton de Vaud plus du tiers des professionnels du secteur hospitalier est d'origine étrangère, la proportion est nettement plus élevée dans le secteur infirmier et celui des professions non qualifiées.

Cette diversité d'origine peut être perçue soit comme une source de difficultés soit comme des ressources supplémentaires, voire les deux. Je n'ai pas de données scientifiques précises à fournir sur le sujet qui a été relativement peu étudié pour l'heure.

Il me semble toutefois évident que les professionnels étrangers dans le domaine de la santé doivent aussi être souvent victimes des mêmes mécanismes culturalistes que j'ai montré précédemment. Que certains comportements soient interprétés plus en fonction d'une effective ou présumée culture d'origine que de la réalité de l'individu en tant que professionnel dans un contexte déterminé.

Par contre, différents travaux et recherches-actions notamment dans le contexte hospitalier (à GE et FR) font référence à l'utilisation du personnel étranger en tant que traducteur improvisé quand le besoin se manifeste et dans l'impossibilité de faire appel à d'autres ressources. A ce propos, une toute récente recherche du FSM (Kaya et al., 2007) met en évidence les ressources potentielles représentées par le personnel migrant dans le domaine de la santé. Cette étude essaye de dégager des pistes en analysant comment les aptitudes linguistiques, l'expérience de la migration ou les connaissances culturelles de la population migrante peuvent contribuer à l'ouverture des institutions sanitaires.

5. Un aperçu à partir de l'anthropologie de la santé

Dans le domaine de la maladie et de la santé, l'anthropologie est partie des analyses très théoriques, basées sur des données ethnographiques et considérations culturelles, pour aller vers des objectifs appliqués visant l'efficacité des dispositifs sanitaires, notamment dans le domaine de la santé publique.

Tout processus d'aide doit se fonder sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système des valeurs, de ses besoins. Sans tomber dans les dérives culturalistes que j'ai mentionnées auparavant, l'anthropologie médicale a élaboré quelques concepts clés qui peuvent nous aider à analyser les comportements et les conceptions relatives à la maladie :

D'une part, la distinction entre une approche émique et une approche étique de la santé (termes provenant de la linguistique – phonemic/phonetic - et repris par l'anthropologie).

- L'approche émique respecte « les principes et les valeurs propres à un acteur donné dans une culture donnée » (Massé 1995) ; elle reflète les conceptions populaires de la maladie et de la santé dans un contexte culturel donné ;

- L'approche étiologique respecte les conditions de la recherche scientifique, caractérisée par une connaissance rationnelle, objective et indépendante de l'observateur ; elle renvoie à la dimension universelle du savoir médical.

Cette différenciation entend sensibiliser les chercheurs et les intervenants à l'importance d'être à l'écoute non seulement des discours professionnels mais aussi des discours que tient la population elle-même sur la santé et la maladie.

Une autre différenciation utilisée par l'anthropologie se base dans la distinction anglo-saxonne entre les termes *disease*, *illness* et *sickness*. que le terme français « maladie » ne permet pas de différencier

- Le terme *disease* renvoie aux anomalies dans la structure ou le fonctionnement des organes ou du système physiologique, c'est-à-dire à tout état pathologique. Il s'agit de l'événement concret affectant un individu donné ;
- Le terme *illness*, pour sa part, évoque les perceptions et les expériences vécues par l'individu relativement aux problèmes de santé, ou tout autre état physique ou psychologique socialement stigmatisé. C'est le vécu subjectif individuel d'un état de perturbation pathologique ;
- Finalement, le terme *sickness* correspond à la description de la maladie socialisée, veut traduire la dimension socioculturelle de la maladie. C'est le processus par lequel l'individu donne des significations socialement reconnaissables à son état pathologique.

Ces deux dernières dimensions sont profondément articulées dans le rapport de l'homme à la maladie.

Je ne peux ici qu'esquisser ces notions. Mais l'apport qui peut faire l'anthropologie comme science est de resituer les acteurs dans une culture mondialisée que ne peut qu'être métissée. Nous permet de comprendre que l'humain se joue dans une dialectique entre le particulier et l'universel. Il s'agit de pouvoir reconnaître l'autre comme individu, avec sa culture, son vécu, ses représentations et, en même temps, dans l'universalité de son humanité.

Comprendre que, finalement, « l'étranger nous oblige à penser ce que nous sommes ».

Institut universitaire romand de Santé au Travail

Institut für Arbeit und Gesundheit

Institute for Work and Health



Pour que santé et travail soient compatibles

Les troubles musculosquelettiques en milieu hospitalier

Fabienne Kern

Ergonome, physiothérapeute

IST

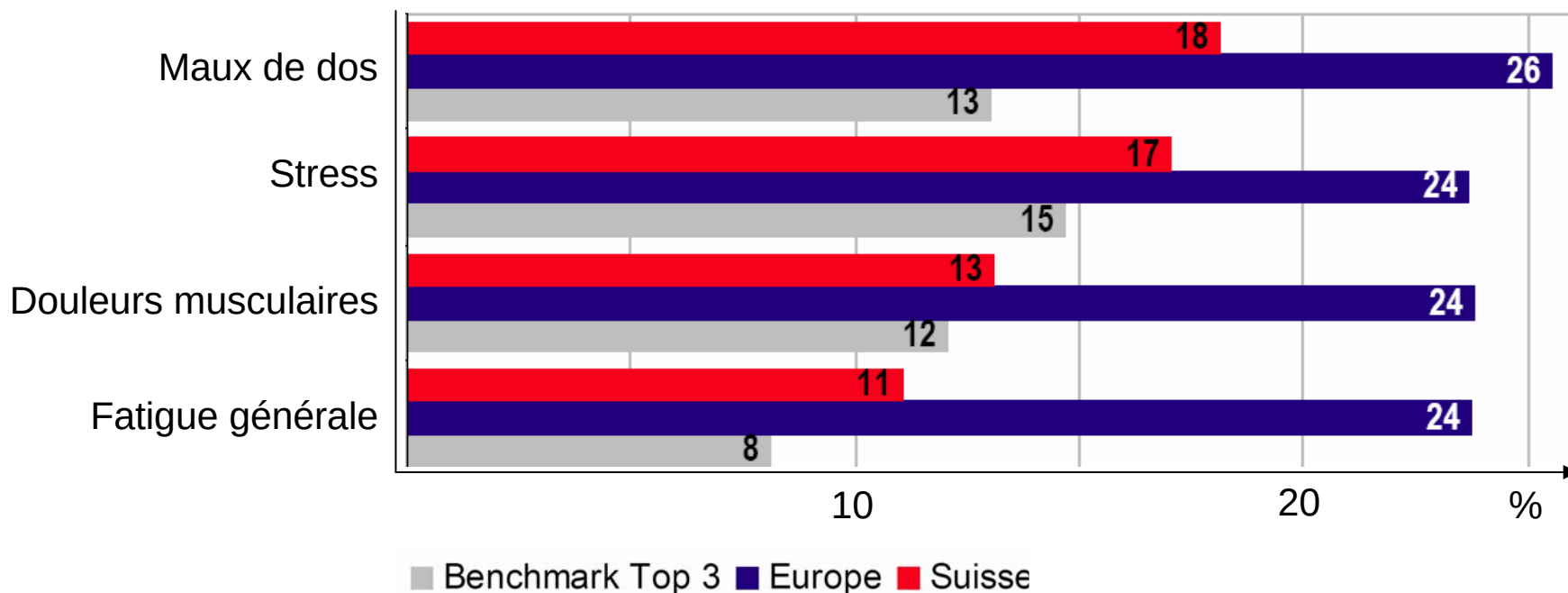
TMS: Troubles Musculosquelettiques

Définition:

- Pathologie d'hyper-sollicitation d'origine professionnelle
- Touche les tissus péri-articulaires de toutes les articulations
 - tendons → tendinites (*ex épicondylite*)
 - gaines tendineuses → ténosynovites
 - bourses séreuses → bursites
 - nerfs → syndromes canaux (ex *syndrome du canal carpien*)
 - muscles → myalgies (*ex lombalgies*)
- Entraîne douleurs, perte de force, perte de fonctionnalité, absentéisme
- Prix élevé pour la société et les entreprises (2-4 mia/an en Suisse)
 - coûts médicaux
 - coûts absentéisme
 - coûts perte de savoir-faire

Problèmes de santé liés au travail

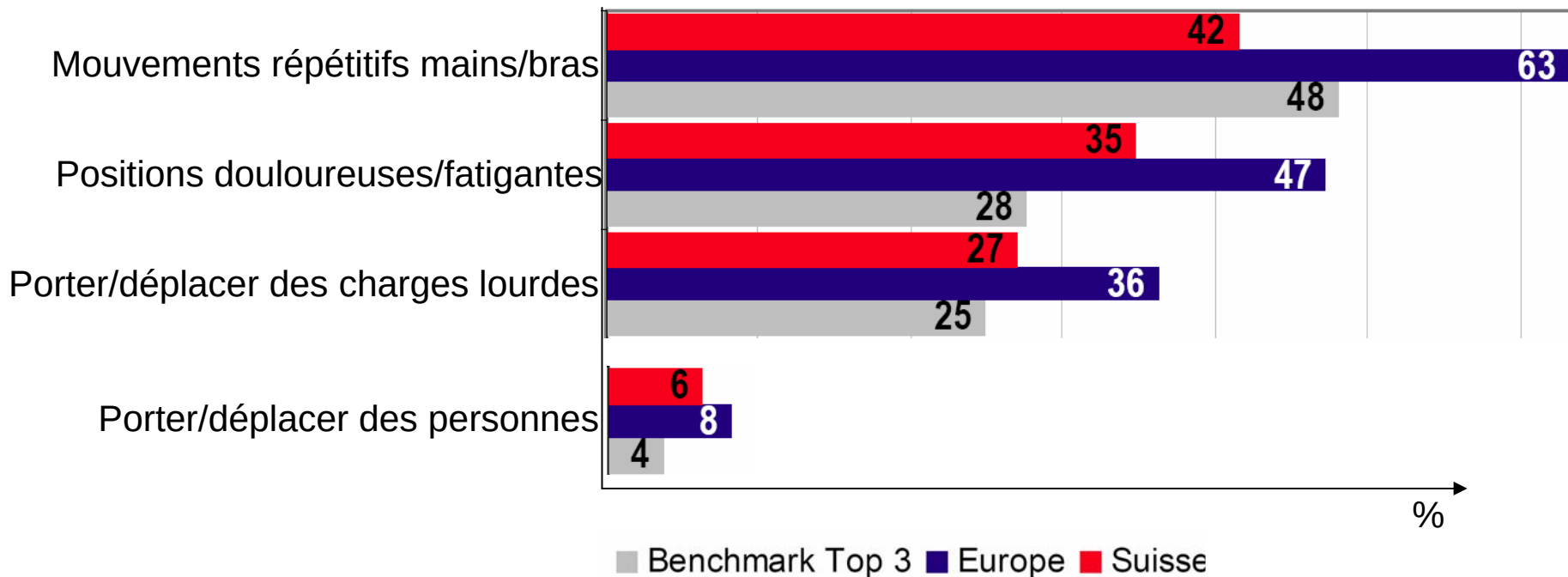
Atteintes à la santé dues à l'activité professionnelle



4^{ème} enquête européenne sur les conditions de travail, 2005

Pour que santé et travail soient compatibles

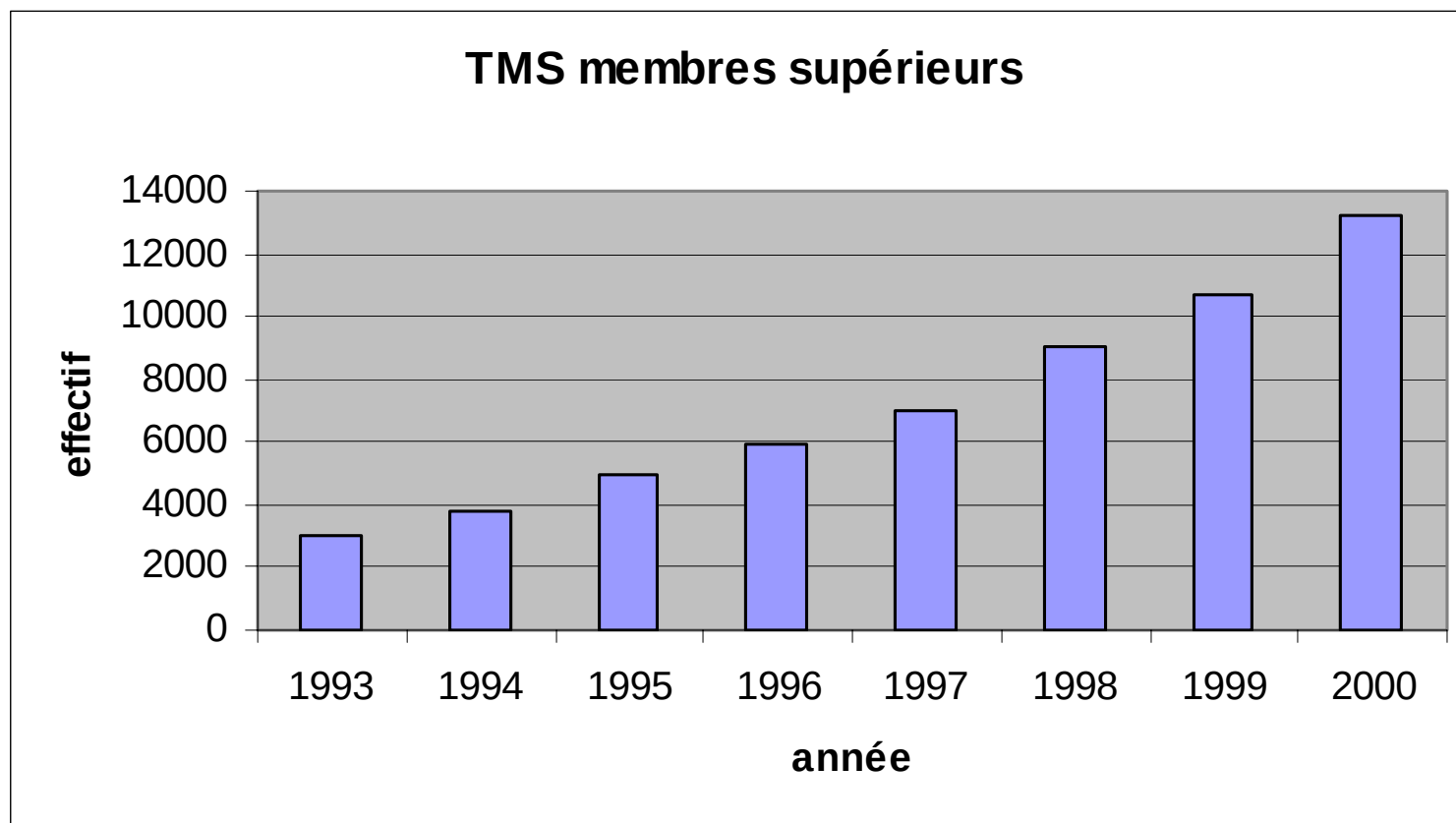
Risques sanitaires physiques



4 ème enquête européenne sur les conditions de travail, 2005

Pour que santé et travail soient compatibles

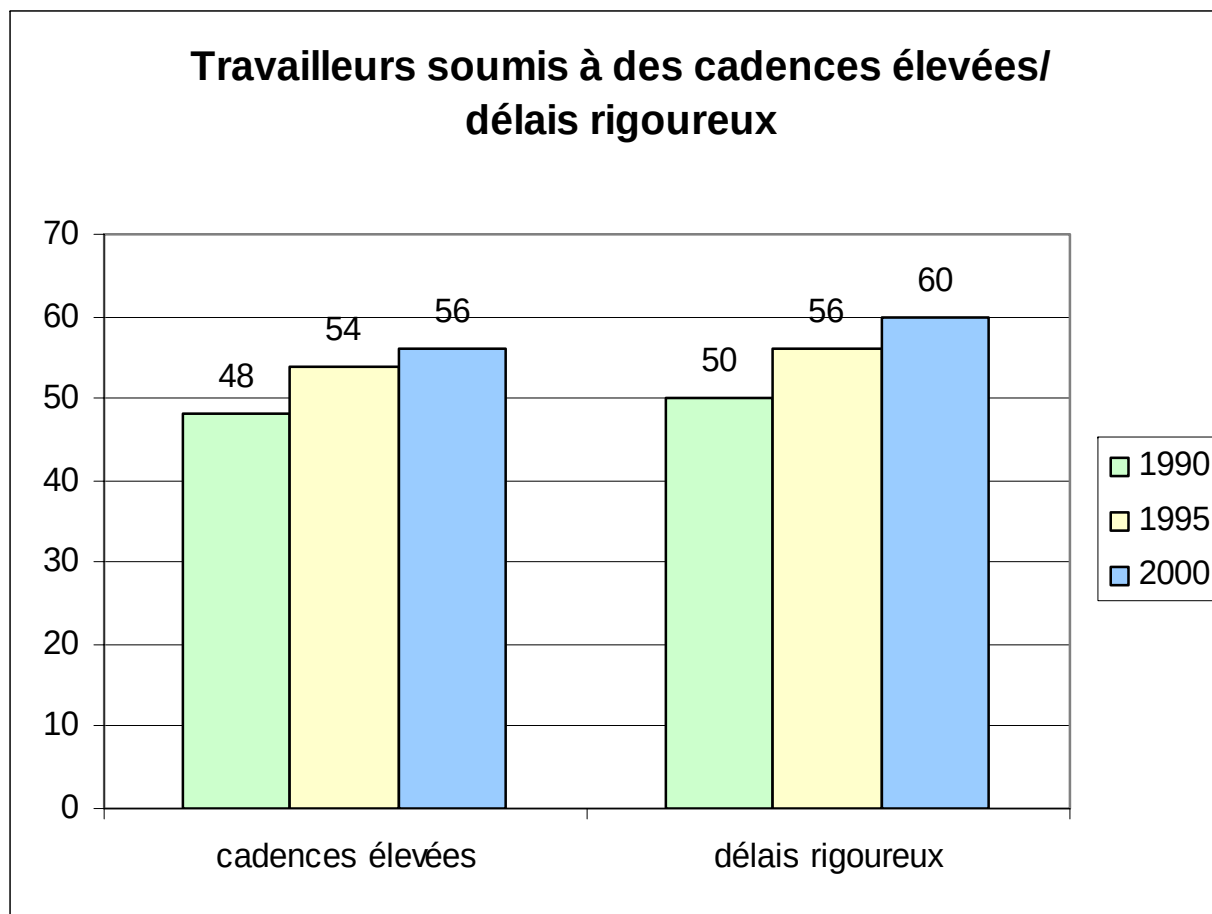
Evolution TMS MS en France



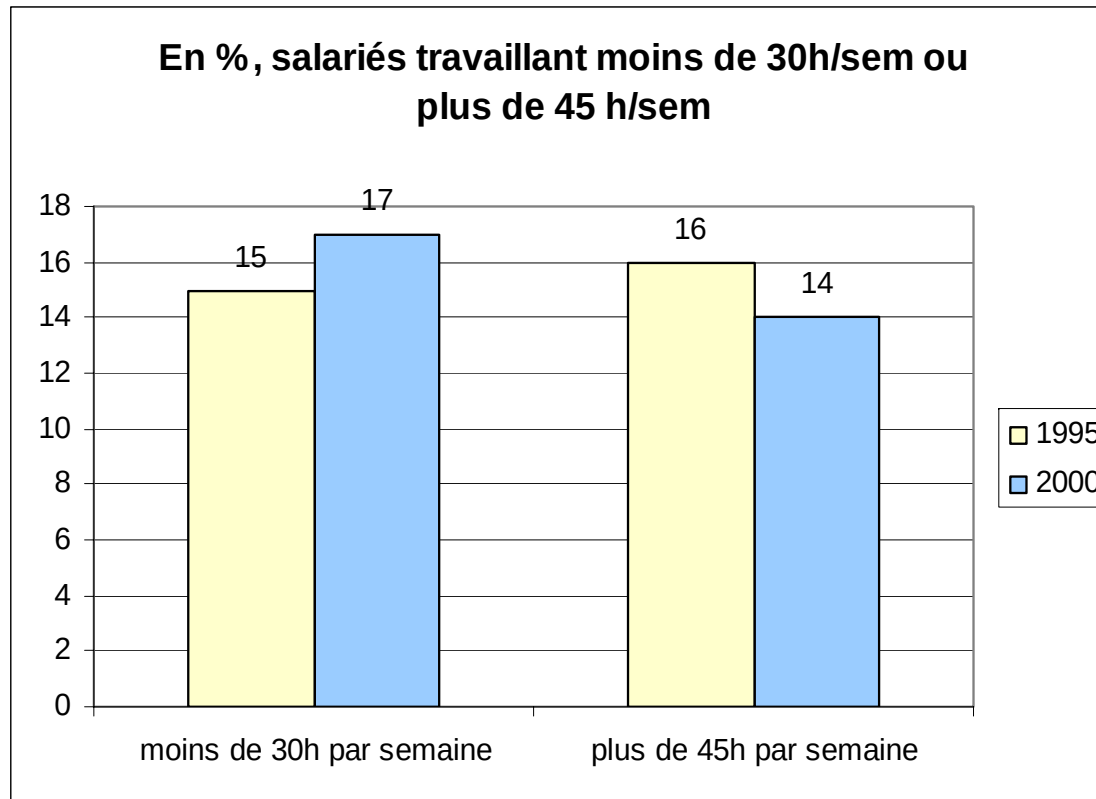
Source CNAMTS, INRS

Pour que santé et travail soient compatibles

Intensité au travail



Durée du travail hebdomadaire en Europe



Paradoxe : ↑ nb de patients atteints de TMS alors que la durée de travail a tendance à diminuer.

Part attribuable au travail

Troubles musculo-squelettiques 33%

Maladies cardio-vasculaires 10%

Atteintes à la santé mentale 7.5%

Cancers 6%

Moyenne selon 3 sources disponibles.

Part attribuable = proportion de l'ensemble des cas qui ne surviendraient pas si le risque pouvait être supprimé.

Source: Dr. E. Conne-Perréard, Spécial-IST, 8, mars 2003

TMS: reconnaissance en Suisse

Sont reconnues par les assureurs LAA comme maladies professionnelles:

- bursites chroniques
- paralysies nerveuses périphériques
- ténosynovites

si 50 % de relation de causalité

- autres (lombalgies, cervicalgies, SCC...)

si 75 % de relation de causalité

Reconnaissance comme maladie professionnelle très difficile

- ➡ Peu de suivi
- ➡ Peu de prévention
- ➡ Prise en charge non spécifique

Enquête NEXT: Nurse Early eXit Study

↓ effectif infirmier dans tous les pays de l'UE

Principaux motifs d'insatisfaction:

- Salaire
- Soutien psychologique
- Conditions physiques
- Possibilités de donner des soins adéquats
- Perspectives professionnelles

Les soignants de l'étude ont déclaré avoir souffert de:

- Tms : 53%
- Problèmes cutanés : 28%
- Troubles de la santé mentale : 19%
- Accident : 13%

Enquête NEXT: Nurses' Early eXit Study

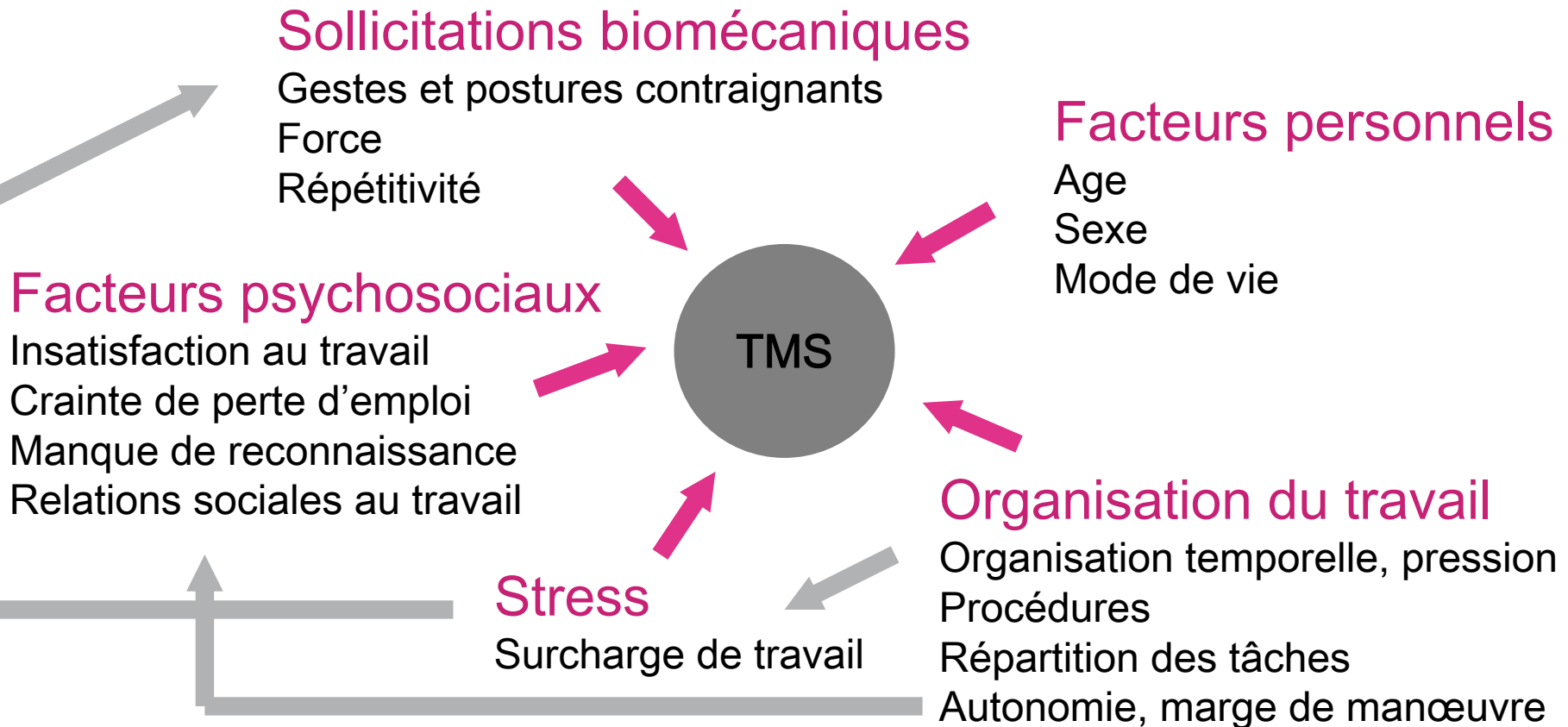
Le vieillissement des européens va bouleverser la façon d'exercer les professions soignantes. Il y aura de plus en plus de patients à soigner avec moins de soignants et moins jeunes

1990 : 8% de soignants de plus de 50 ans

2002 : 21% de soignants de plus de 50 ans

Inadéquation des conditions de travail des soignants avec les situations des soignants plus âgés

Facteurs de risque de TMS



Sollicitations biomécaniques

- Position debout prolongée (NEXT: 60-80% des soignants français sont debout en moy 6 h)
- Marche importante, type de semelle
- Manutention des patients dans des conditions difficiles
- Manutention des outils de travail: plaques pour TRM
- Situations « récupération du patient »

Moyens auxilliaires

Les MA peuvent diminuer les manutentions pénibles

Action de prévention « zéro soulèvement » dans les pays anglo-saxons
Convention européenne de réduction de la manutention lourde (politique « anti-manutention ») :

- suppression des transferts des patients par utilisation systématique de MA
- formation poussée du personnel aux MA
- réflexion sur l'organisation des soins encourageant l'utilisation des MA

En Suisse: prévention par formation type « gestes et postures et MA »

OLT 3 art. 25

1. *Les mesures d'organisation appropriées doivent être prises et les moyens adéquats, notamment les **équipements mécaniques**, mis à disposition pour éviter que les travailleurs ne doivent déplacer des charges manuellement.*
2. *Lorsque le déplacement de charges ne peut être effectué que manuellement, des **moyens appropriés** doivent être mis à disposition pour le levage, le port et le déplacement des charges lourdes ou encombrantes en vue de **réduire**, autant que possible, le **risque** encouru par le travailleur lors de ces opérations.*
3. *Les **travailleurs** doivent être **informés des risques** pour la santé liés au déplacement de charges et ils doivent recevoir des explications sur la manière de lever et déplacer correctement des charges.*
4. *Les travailleurs doivent recevoir des indications sur le poids des charges et sur la manière dont il est réparti.*

Poids: recommandations OLT 3

	Homme		Femme	
Age	occasionnel	fréquent	occasionnel	fréquent
16-18	19 kg	14 kg	12 kg	9 kg
18-20	23 kg	17 kg	14 kg	10 kg
20-35	25 kg	19 kg	15 kg	11 kg
35-50	21 kg	16 kg	13 kg	10 kg
+ 50	16 kg	12 kg	10 kg	7 kg

Prévention TMS

Les MA (moyens auxiliaires) ne sont pas systématiquement utilisés:

- Peu pratiques
- Difficiles d'accès
- En nombre insuffisant
- Contradictoires avec le rôle de l'infirmière qui consiste en stimulant au maximum l'autonomie du patient

Cours type « gestes et postures » ne suffisent pas si aucune action ergonomique au niveau de la situation de travail (aménagement du poste, outils d'aide, organisation du travail,...) n'est entreprise pour diminuer les contraintes.

Action sur l'individu + Action sur la situation de travail

Organisation du travail

On ne fait jamais exactement ce que l'on nous demande! Et c'est cela qui **permet à l'entreprise de fonctionner** en faisant face à l'imprévu.

« Travailler c'est gérer les imprévus »

Importance de la **marge de manœuvre**, de l'**autonomie**

- Choix de l'aménagement du poste de travail
- Possibilité d'organisation et d'anticipation du travail
- Choix de la répartition du temps d'activité
- Choix du rythme de travail
- Indépendance de l'activité avec les collègues
- Indépendance avec la machine
- Indépendance avec clients, patients, etc.

Marge de manœuvre en milieu hospitalier est fortement réduite :
interdépendance avec les patients, avec les autres corps de métier, structure
fortement hiérarchisée, place de travail peu aménageable, beaucoup
d'imprévus

Pour que santé et travail soient compatibles

Stress



Le stress est une réaction-réflexe dictée par l'instinct de conservation, entraînant une importante mobilisation d'énergie permettant à l'individu de s'adapter aux pressions internes et externes

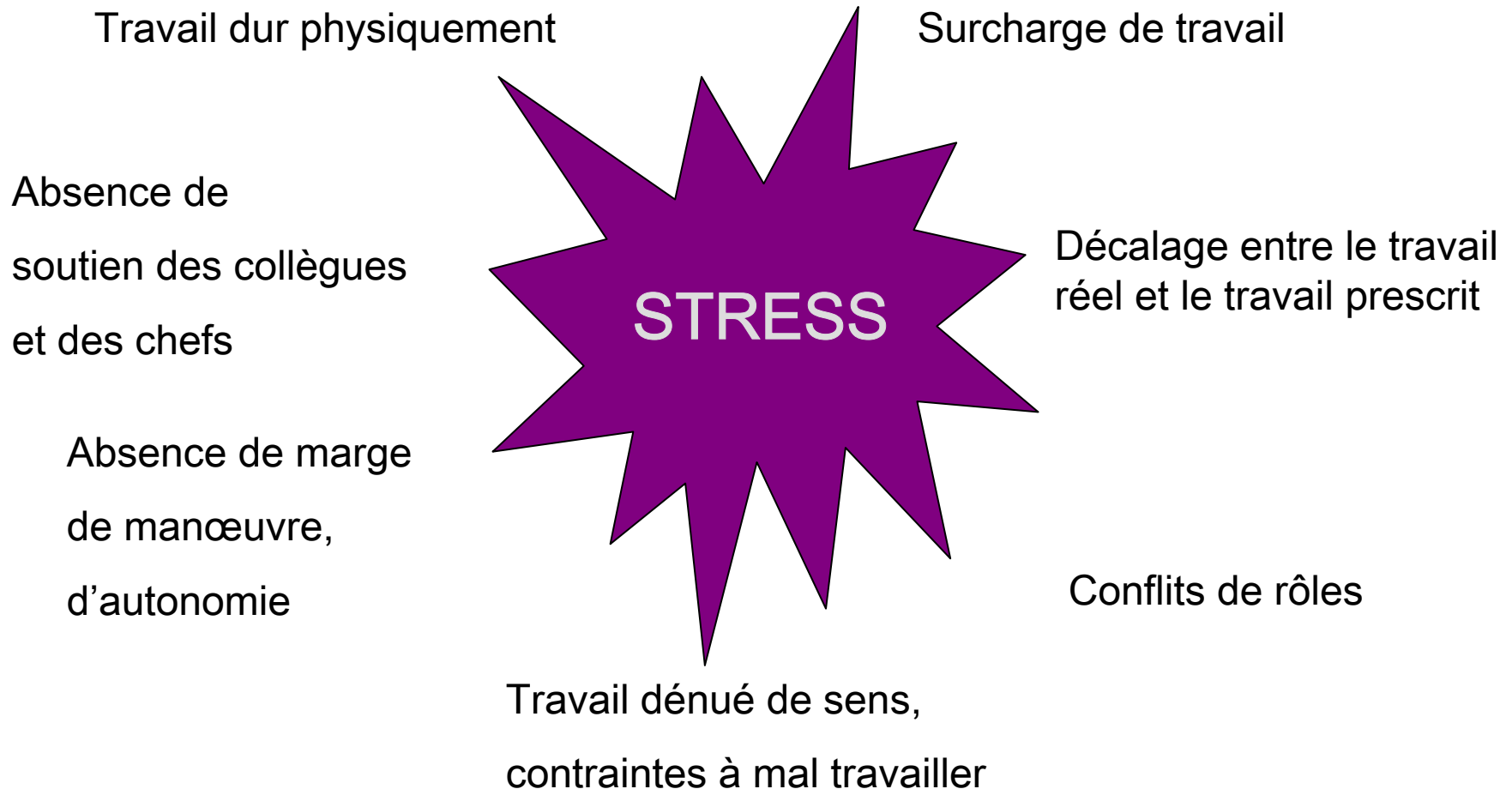
Le stress est donc un mécanisme naturel de défense de l'organisme.

Réaction de Stress

Lorsque l'individu ne parvient plus à fournir une réponse adéquate à son environnement parce que ses ressources psychologiques, physiques ou cognitives (mentales) ne lui permettent pas ou plus de répondre aux stressseurs

Pour que santé et travail soient compatibles

Principaux facteurs de stress au travail



Stress et tms

Tonus musculaire augmenté

Stress  système nerveux central  formation réticulée
augmente le tonus musculaire donc la sollicitation musculaire

Frein à l'auto-réparation

Stress  système nerveux végétatif  libération de
catécholomines   F cardiaque et vasoconstriction des
artérioles  diminution des apports en nutriments donc
entrave à la réparation  fatigue chronique

Stress et tms:

Processus inflammatoires favorisés

Stress → système nerveux central → libération
d'interleukines pro-inflammatoires

Ex: médicament anti-cancéreux

Œdèmes favorisés

Stress → système nerveux central → hypophyse →
libération de corticoïdes qui favorise l'œdème

*Réf: Smith, Carayon. Work Organisation, stress and cumulative disorders
in Moon, Sauter Beyond biomechanics Psychosocial aspects of
musculoskeletal disorders in office work. Taylor and Francis, New York
1996, 23-42*

Pour que santé et travail soient compatibles

Stress et hypothèses des fibres de Cendrillon

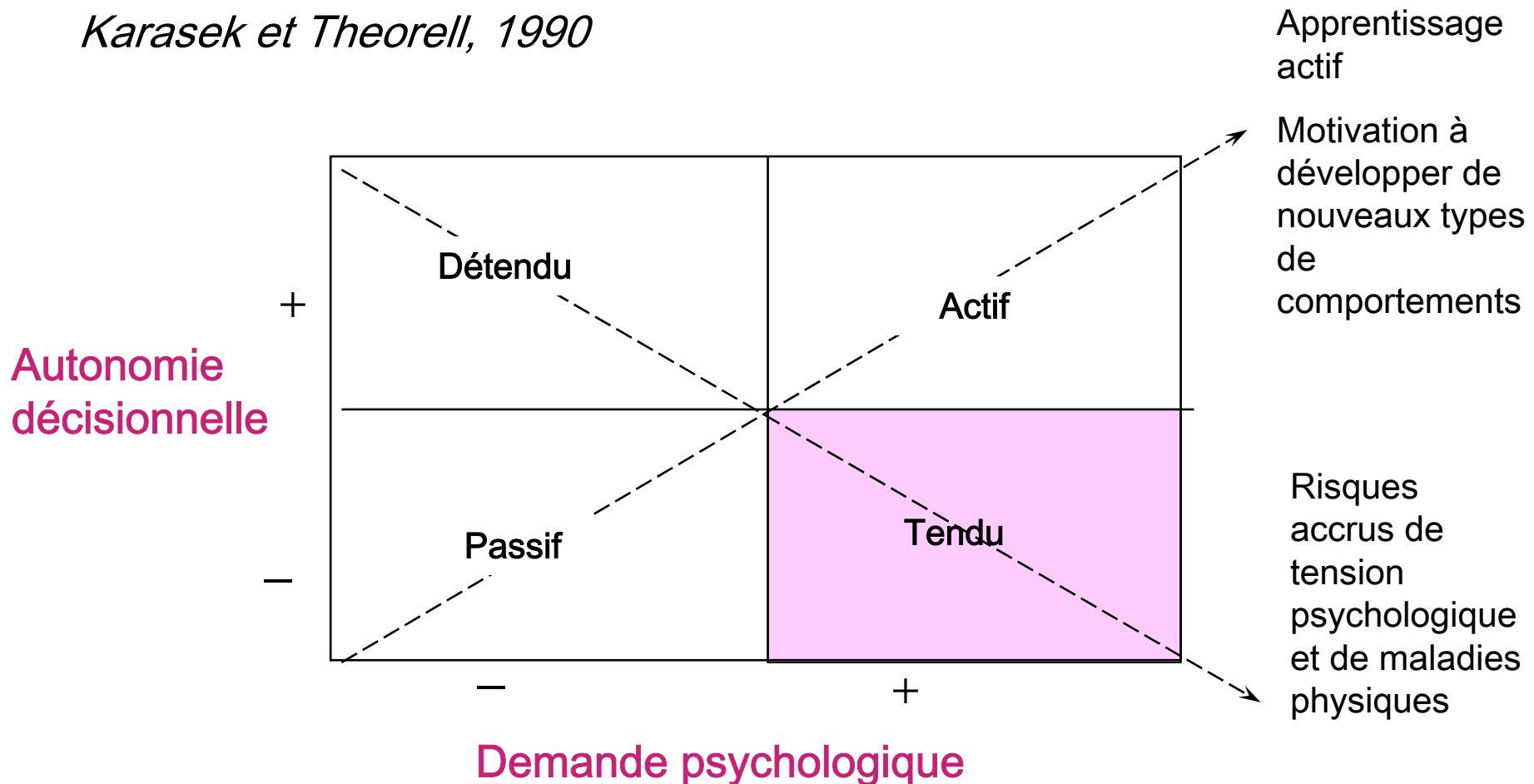
- Les unités motrices sont recrutées selon un ordre préétabli, reproductible dans le temps qui impose que des unités motrices de fibres de type I à faible seuil soient recrutées en premier et le restent jusqu'au relâchement total du muscle.
- Les biopsies musculaires de patients présentant des myalgies du trapèze en lien avec un travail musculaire statique montrent que certaines fibres de type I semblent être lésées alors que la plupart des autres sont indemnes.

Stress et hypothèses des fibres de Cendrillon

- Il en infère : « considérant ces 2 faits, il est raisonnable de croire que les fibres de Cendrillon sont atteintes en premier, du fait d'une trop longue activation et d'un temps de récupération trop faible. Ce phénomène se développe lentement sur plusieurs mois, voire plusieurs années » G. Hägg
- les preuves expérimentales sont données par des travaux publiés dans les années 1999/02 par les chercheurs scandinaves (Kadefors etc.)
- Le stress ou une charge mentale élevée impliquerait ce phénomène en absence de toute activité physique

Modèle de Karasek du stress au travail

Karasek et Theorell, 1990



Pour que santé et travail soient compatibles

Modèle de Siegrist



Balance effort - récompense:

Efforts extrinsèques

(contraintes professionnelles)

Efforts intrinsèques

(facteurs personnels,
attitude et motivation)

Récompenses

(salaire, perspective
et sécurité prof.)

Relations sociales et soutien au travail

- Effet positif du soutien social sur la santé et en particulier sur les tms (facteur protecteur)
- Bon soutien social atténue le stress perçu et augmente les ressources perçues
- Importance du soutien au sein d'un collectif de travail (aide, écoute, conseil...)
- L'activité en groupe ou les relations interindividuelles rendent possibles différents types d'organisation en fonction de :
 - compétences des personnes
 - manière d'être, de se comporter
 - façon d'aborder le travail



Exemple de régulation via le collectif de travail

tiré d'un projet PNR visant à favoriser la réinsertion professionnelle des opérateurs absents pour cause de tms dorsaux

Prise en charge interdisciplinaire

- Milieu hospitalier: rééducation de la **personne**, organisation d'un traitement de rééducation ciblé sur le travail
- Milieu professionnel: aménagement des **conditions de travail** en vue d'une réinsertion

Objectifs:

- Éviter la chronicisation de la pathologie, agir rapidement
- Éviter les rechutes
- Maintenir la capacité de travail

Ressources et régulations

Organisation d'un atelier de discussion avec le collectif de travail afin de mettre en évidence les possibilités d'aide au sein du collectif de travail.

3 infirmières et 3 aides-infirmières de l'équipe y ont participé.

Les patients du service sont répartis tous les matins entre les membres du collectif. D'un commun accord, les cas lourds sont attribués aux infirmières les plus en forme et inversement.

Il est ressorti de ces discussions que le collectif de travail régule la charge de travail de chacun en fonction de son état actuel.

Régulation par le collectif de travail

Ces régulations de la charge de travail ne sont plus possibles si le collectif de travail est déstabilisé.

Les raisons de cette déstabilisation sont multiples:

- sous-effectif
- remplacement
- turn-over
- tensions au sein de l'équipe

Remplacement possible:

- « pool »
- intérimaires

Changements organisationnels

- Mise en place de nouveaux indicateurs plus précis mesurant la charge de travail et qui permettront de mieux allouer les « poolistes » en fonction de la charge de travail et non seulement du taux d'absentéisme, et de diminuer ainsi l'appel aux intérimaires
nouveaux critères: nb lits, taux d'occupation, type de pathologie, type de prise en charge, disponibilité des opérateurs
- Réorganisation du « pool » de façon à répartir les « poolistes » pas seulement en fonction de leurs disponibilités mais aussi de leurs compétences
- Retour thérapeutique possible (adaptation de la charge de travail au % de reprise)

Bibliographie

- Lagerström, Hansson, Hagberg. *Work-related lo-back problems in nursing*. Scand J Work Environ Health 1998 dec; 24(6)
- Graf, Pekruhl. 4 ème enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. SECO
- Aptel, Gaudez. *Santé mentale et activité musculaire: le cas des tms du MS* in Santé mentale, appareil locomoteur et pathologies professionnelles; sous la direction de Fouquet, Lasfargues, Roquelure, Hérisson. Coll de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique
- Aptel, Gaudez. Physiopathologie des tms de l'épaule de type musculaire liés au travail: l'hypothèse des fibres de Cendrillon in Ceinture scapulaire et pathologies professionnelles; sous la direction de Hérisson, Fouquet. Coll de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique.
- Estry-Behar. *Résultats de l'enquête PRESST-NEXT*
- Harichaux, Libert. *Ergonomie et prévention des risques professionnels, tome 2*. Ed Chiron
- Noulin. *Ergonomie*. Ed Octares

Institut universitaire romand de Santé au Travail

Institut für Arbeit und Gesundheit

Institute for Work and Health



Pour que santé et travail soient compatibles

Merci pour votre attention

<i>Institut universitaire romand de Santé au Travail</i>
<i>Institut für Arbeit und Gesundheit</i>
<i>Institute for Work and Health</i>



Pour que santé et travail soient compatibles

La santé au travail

- - -

TRM - « La Santé dans le monde de la Santé »
13 Septembre 2007

Antoine Milon

Institut Universitaire Romand de Santé au Travail

La santé et sécurité au travail

C'est quoi?

La santé et sécurité au travail

Encadrer des conditions de travail à risque

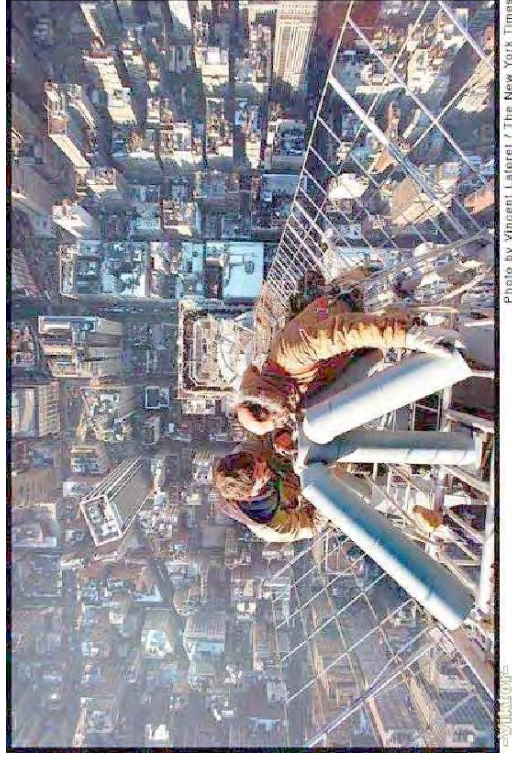
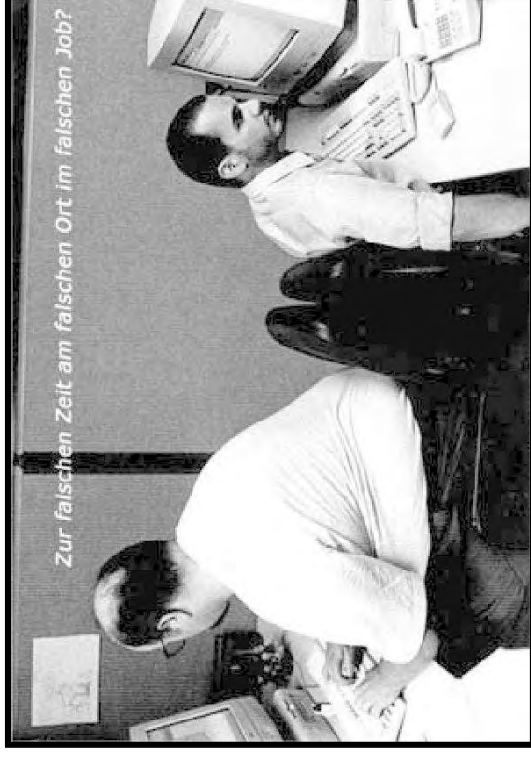
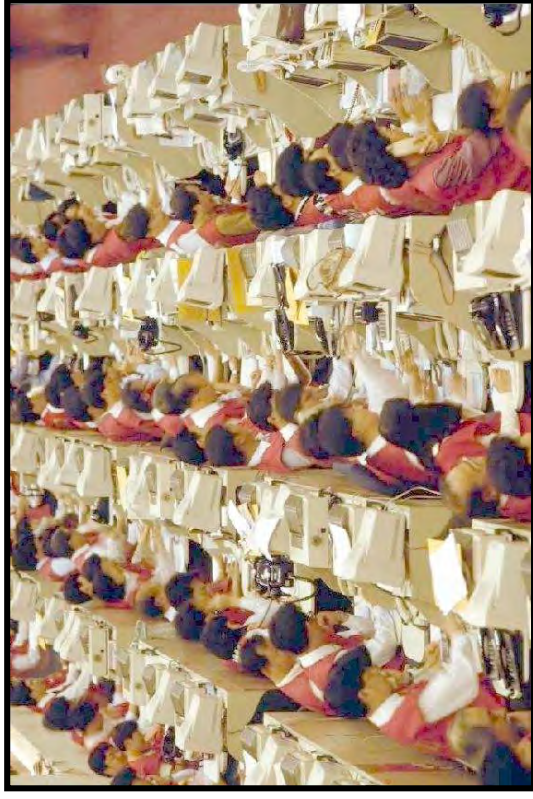


Photo by Vincent Laforet / The New York Times



La santé et sécurité au travail

Organiser les postes de travail



La santé et sécurité au travail

Former, informer et sensibiliser
sur les bonnes pratiques de travail



Exemple: le travail sur écran



- Fatigue visuelle
- Douleurs musculaires
nuque, dos, bras
- Tendinites

Faire des pauses
+
Ergonomie du poste de travail

Définition de la Santé au Travail

Jouer d'un état optimal de **bien-être physique, mental et social** dans son travail est l'objectif de ce domaine fondamental de la Santé Publique qu'est la Santé au Travail.

Le bien-être physique

est créé par des conditions de travail adéquates, tant sur le plan de la maîtrise des risques professionnels que par celui de l'organisation du travail et de son ajustement aux capacités individuelles des individus.

Le bien-être mental

s'acquiert principalement par la reconnaissance que l'individu reçoit pour son travail et par le sentiment d'être en cohérence avec ses aspirations.

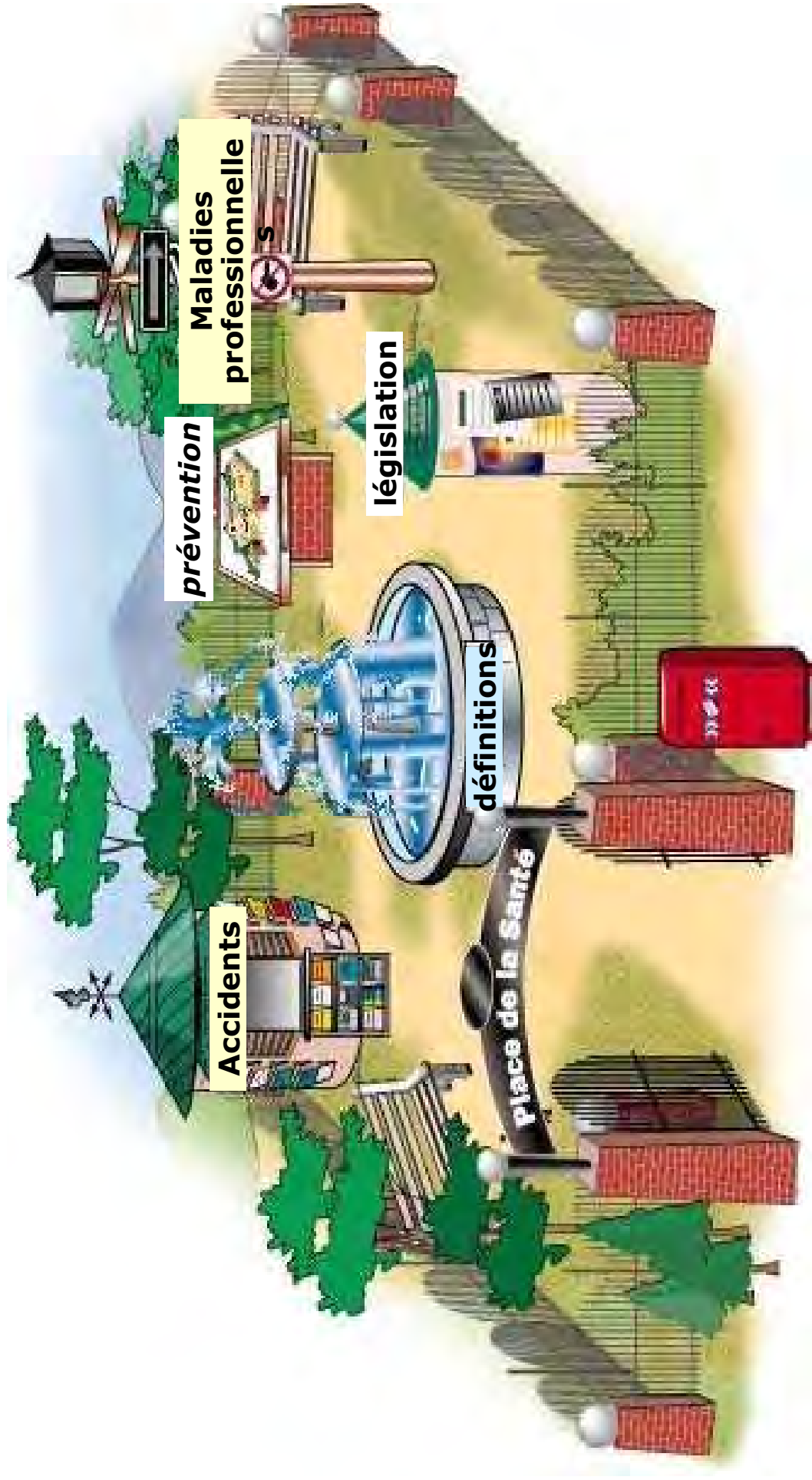
Le bien-être social

découle de l'adéquation entre les valeurs personnelles des individus et celles défendues par la structure de travail à laquelle ils participent.

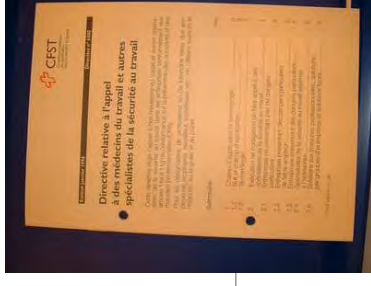
Pour que santé et travail soient compatibles



Cadre



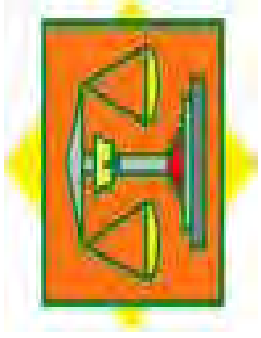
Les bases légales



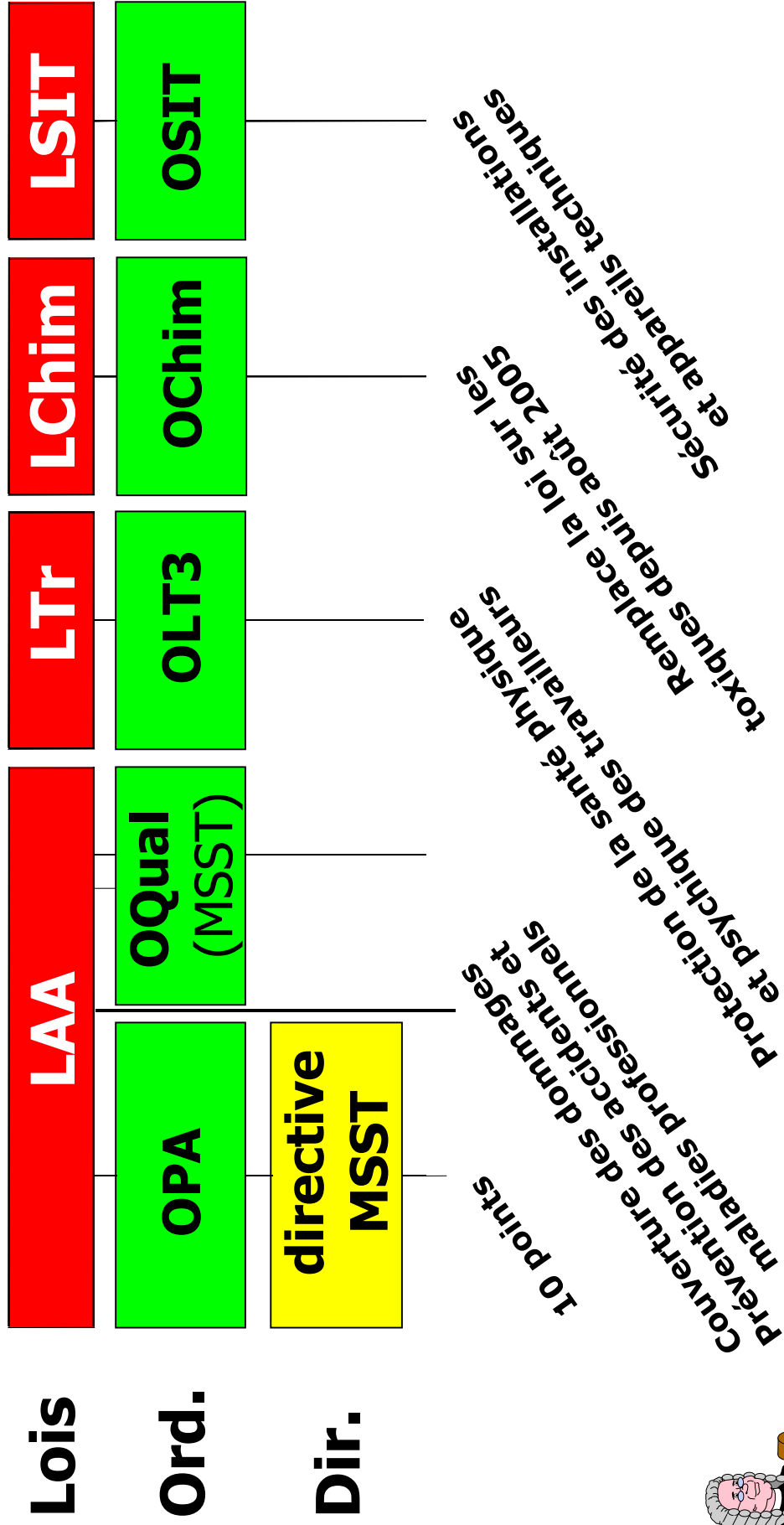
– Directive MSST

directive CFST 6508
relative à l'appel à des médecins du travail et autres spécialistes de la
sécurité au travail (chapitre III)

Ref: <http://www.cfst.ch/>



Cadre légal



Pour que santé et travail soient compatibles

ist

Les acteurs



Pour que santé et travail soient compatibles

Sécurité et santé au travail

Objectifs...

1 Prévenir:

- les accidents et maladies professionnels
- les atteintes à la santé liées au travail

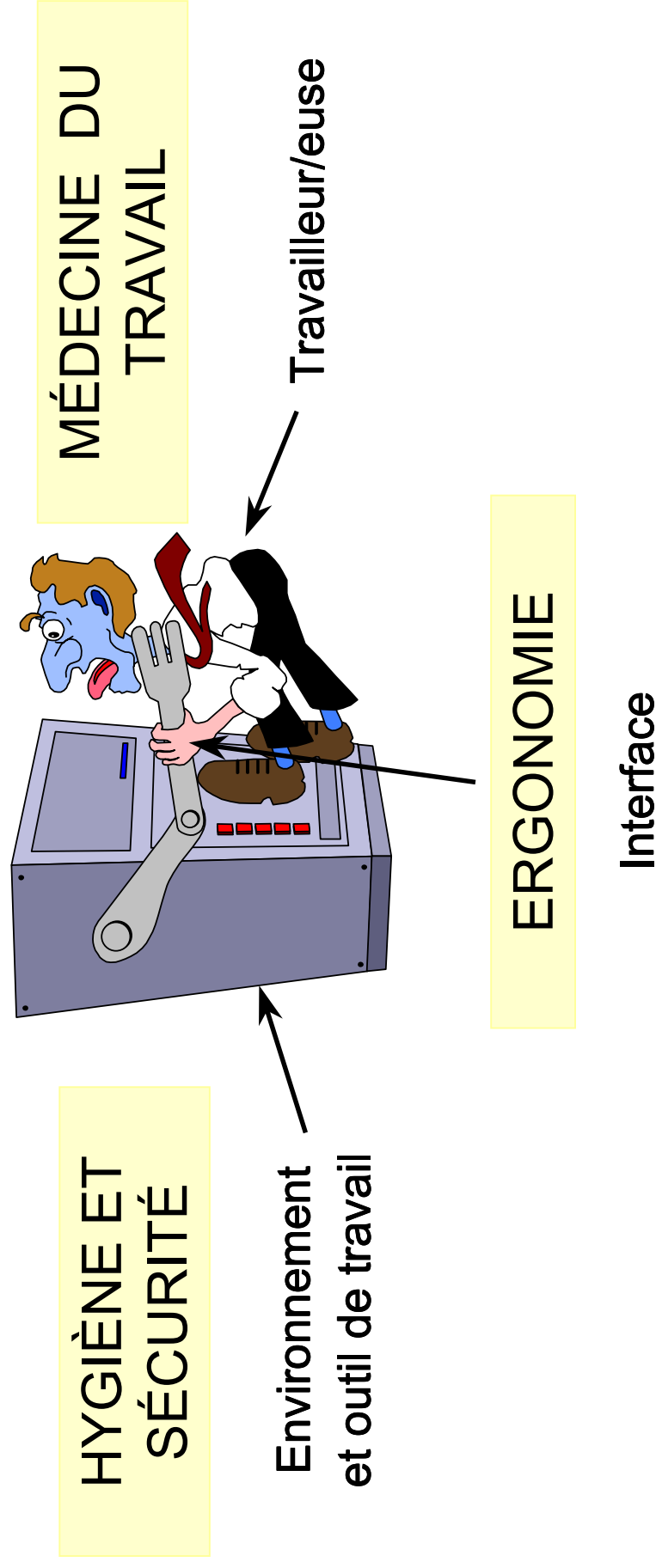
1 Réduire:

- les souffrances personnelles
- l'absentéisme
- les dommages matériels
- les primes d'assurances

1 Répondre aux exigences légales

- éviter des sanctions
- ne pas s'exposer à des poursuites

Les principales disciplines



Accident

Toute atteinte

- 1 **dommageable,**
- 1 **soudaine et**
- 1 **involontaire**
- 1 portée au **corps humain**
- 1 par une **cause extérieure extraordinaire**

+ Lésions assimilées



Accidents professionnels (AP) et non professionnels (ANP)

Professionnels

La victime se trouvait à bon droit dans la **zone de danger** liée à son activité professionnelle



Non professionnels

TOUS les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels (sic!)

- └ loisirs (trafic, ménage, sport)
- └ sur le chemin du travail
*sauf temps partiel <8h par semaine
pour le même employeur*

Maladies professionnelles (MP)

Notion d'assurance, ce n'est pas de la médecine!

- 1 Action **prépondérante** de substances ou de travaux dans l'exercice de l'activité professionnelle

ou

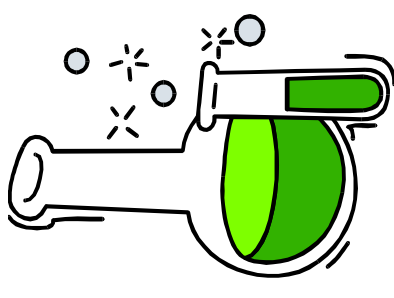
- 1 **Preuve** de la causalité **nettement prépondérante** de l'activité professionnelle

119 substances et
19 « affections »

n Assureurs: assurances accidents LAA

n Exemples:

- Perte de capacité auditive après longue exposition au bruit
- Tendosynovites à la manutention



Pour que santé et travail soient compatibles



Maladies liées au travail

Maladies en relation avec le travail mais dont la **causalité** ne peut pas être prouvée comme assez prépondérante

n **Assureurs:** caisses-maladies / LAMal

n **Exemples:**

- douleurs dorsales des magasiniers et des manutentionnaires
- syndrome du tunnel carpien chez les secrétaires
- affections cardio-vasculaires liées au stress

Maladies professionnelles et/ou maladies liées au travail

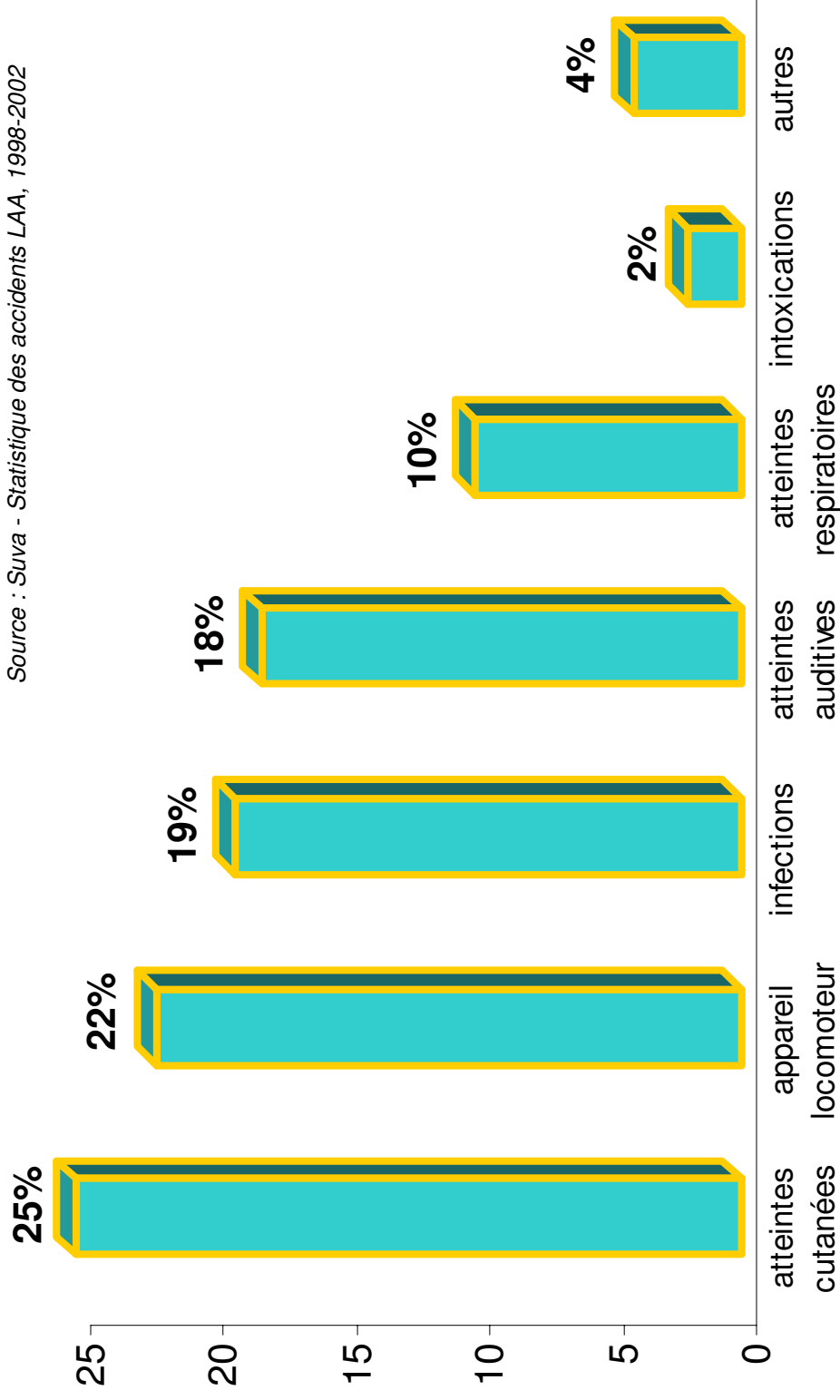


Maladies professionnelles
officiellement reconnues et
indemnisées (LAA)

Maladies liées au travail, non
indemnisées par LAA

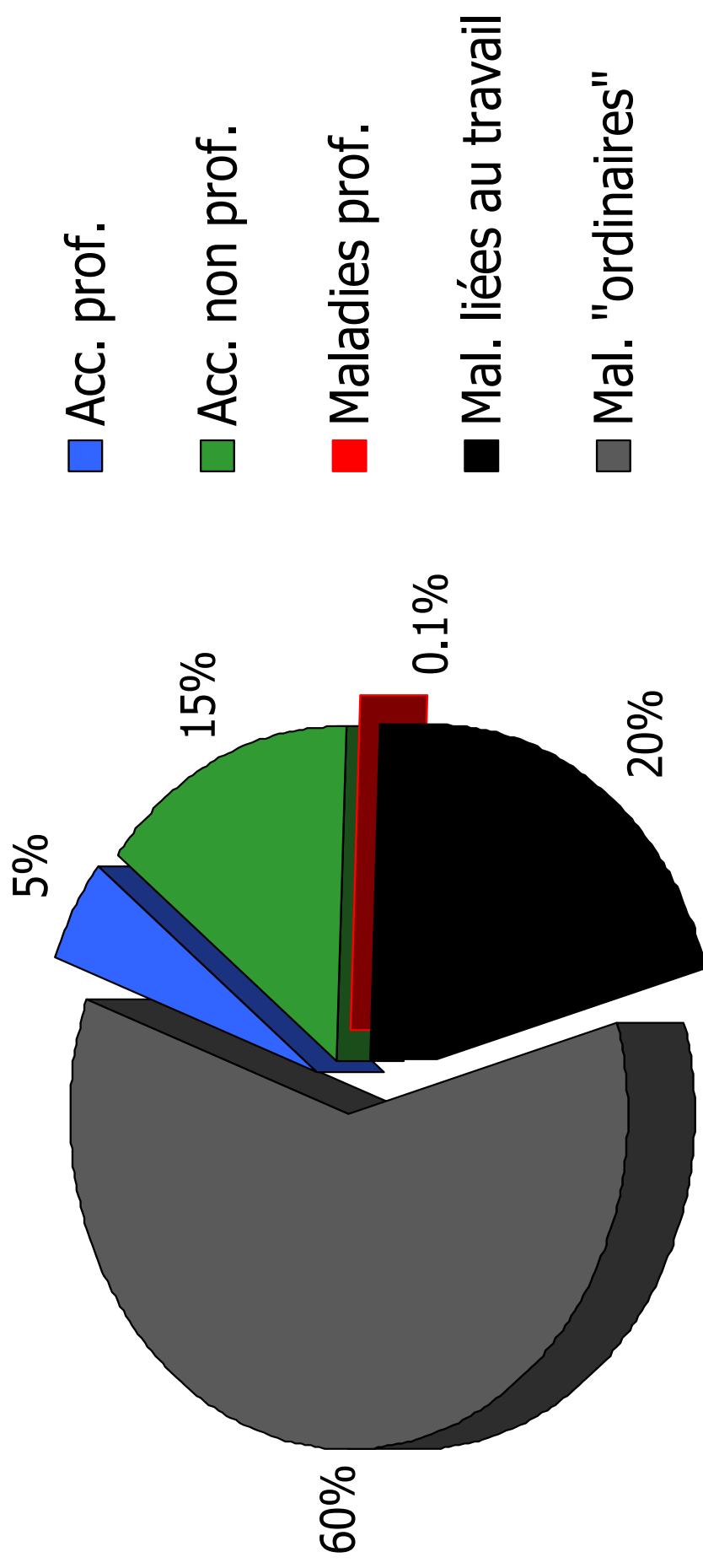
MP acceptées LAA (2002)

Source : Suva - Statistique des accidents LAA, 1998-2002



Pour que santé et travail soient compatibles

Motifs des absences (seco)

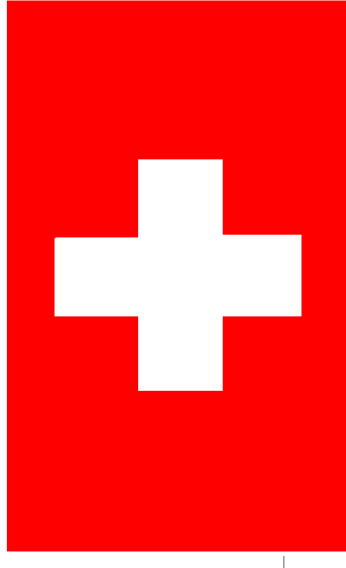


La santé au travail dans le monde



- 2 millions de décès/an par traumatismes et maladies
- 160 millions/an de nouveaux cas de maladies liées au travail (respiratoires, cardio-vasculaires, cancers, troubles neurologiques, atteintes ostéo-articulaires,.....)
- Pour un coût global estimé à 4% du PNB mondial
(Source : OMS 2000)

Et en Suisse..... en 2000

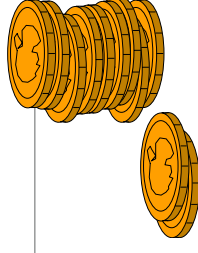


- 4'072 maladies prof. /an
- 1,2 millions accidents /an
 - 275 000 accidents du travail (4,1 millions de travailleurs)
 - 954 000 accidents non professionnels (circulation, domicile, loisirs)



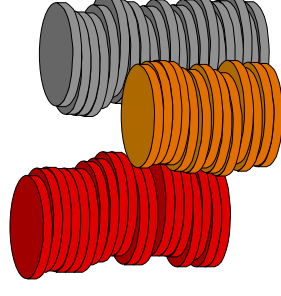
➡ **Soit 1 accident de travail toutes les 2 minutes**

Absences : l'addition, svp.!



§ Coûts directs

- Charges salariales
- Dommages matériels



§ Coûts indirects

- Premiers secours, activités d'aide
- Temps perdu par les cadres
- Enquête interne sur l'accident
- Perte de production, mise au courant de nouveaux collaborateurs
- Baisse de qualité, retards
- Augmentation des primes d'assurance

Trouver toutes les informations

- www.admin.ch
- www.seco-admin.ch
- www.suva.ch
- www.cfst.ch
- www.geneve.ch/ocirt
- www.jura.ch
- www.bpa.ch
- www.inrs.fr
- www.i-s-t.ch
- www.2mains.ch
- www.pme-vital.ch
- www.geneve.ch/spe/prevention

Dangers présents en milieu hospitalier

Dangers présents en milieu hospitalier

Dangers infectieux et allergiques

- objets contondants, aérosols, déchets, latex, animaux de laboratoire

Dangers chimiques

- produits chimiques de laboratoires, gaz médicaux, désinfectants, oxyde d'éthylène, médicaments, cytostatiques



Dangers présents en milieu hospitalier

Dangers physiques

- températures extrêmes, bruit, rayonnements ionisants, IRM, lasers, UV, pression, vibrations

Dangers mécaniques

- machines, verrerie, outils, objets, machines, véhicules
- chutes de plein pied, de hauteur, d'objets

Dangers électriques, feu, explosion

- Appareils électriques, haute tension, substances inflammables, électricité statique



Dangers présents en milieu hospitalier

Charge physique

- manipulation des malades, manutention de charges lourdes, postures, ergonomie du mobilier



Charge mentale et psychique

- rythme de travail, horaires, travail de nuit, proximité de la souffrance et de la mort, agression, responsabilités

Dangers présents en milieu hospitalier

Poste de travail

- climat, horaires, éclairage, posture, travail à l'écran...

Dangers liés au bâtiment

- signalisation, encombrement, éclairage, liaison entre les niveaux...

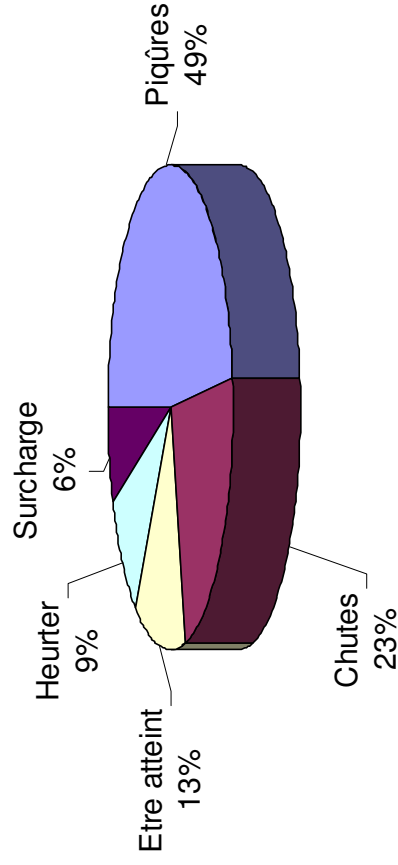


Pour que santé et travail soient compatibles

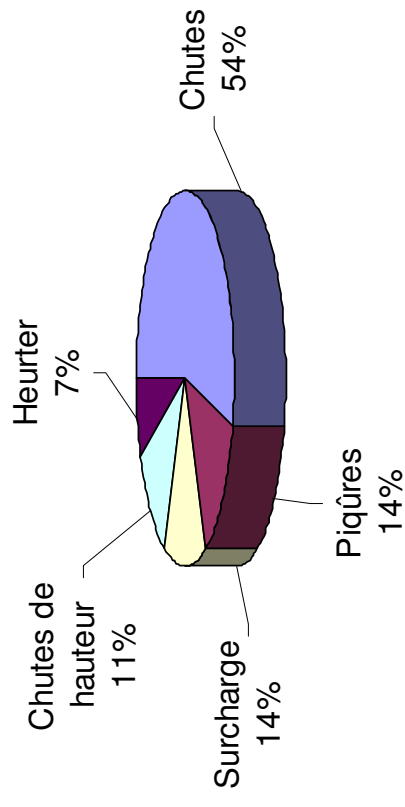
ist

Les accidents professionnels dans les centres de soins longue durée

Nombre de cas [%]



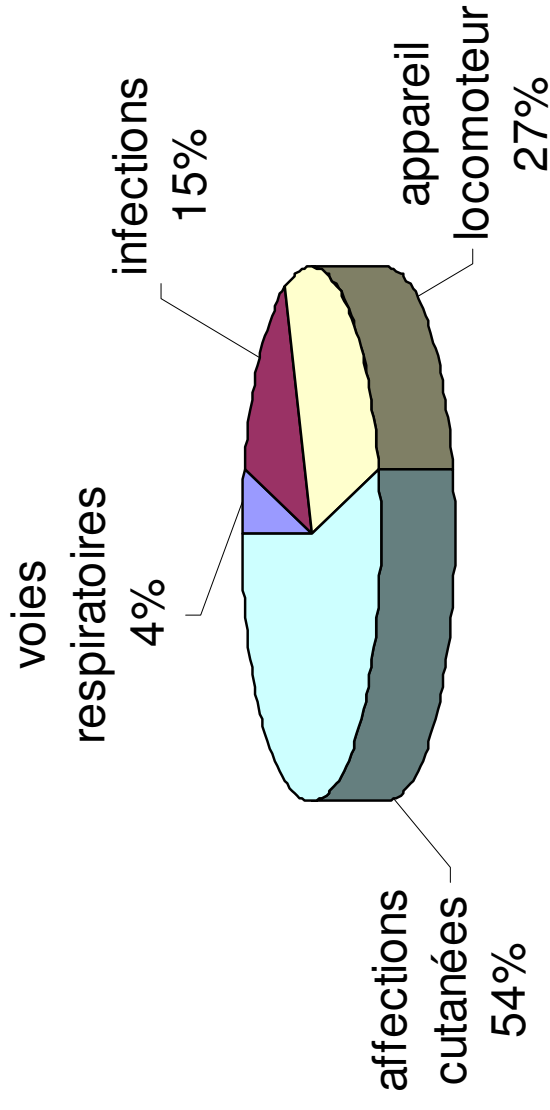
Coûts [%]



Un AP par an pour 17 employés (AP=accident professionnel)

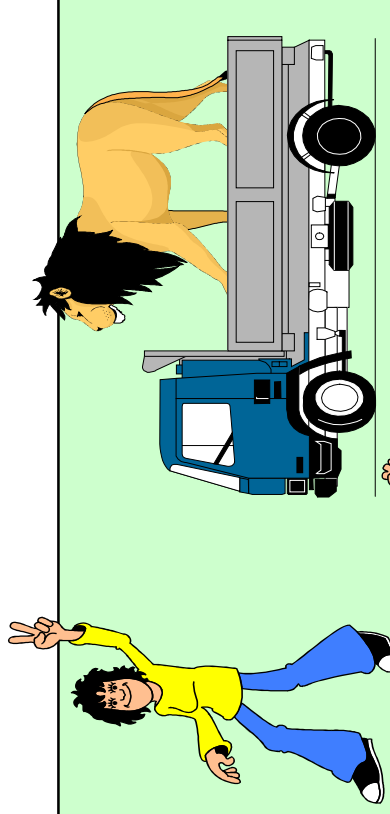
Les maladies professionnelles dans les métiers de la santé

Les maladies professionnelles de 1989 à 1991: 208 cas

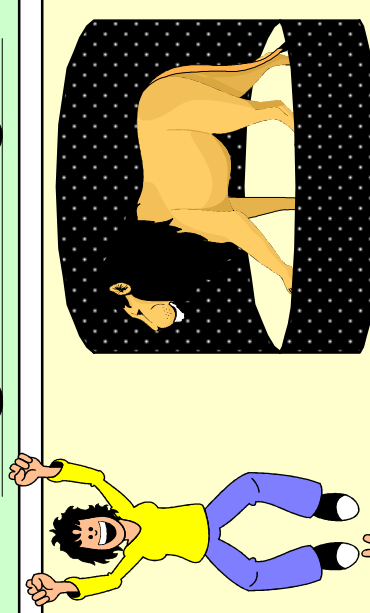


La santé au travail en trois étapes

Éliminer
la **source** de danger



Empêcher la **propagation**
du danger

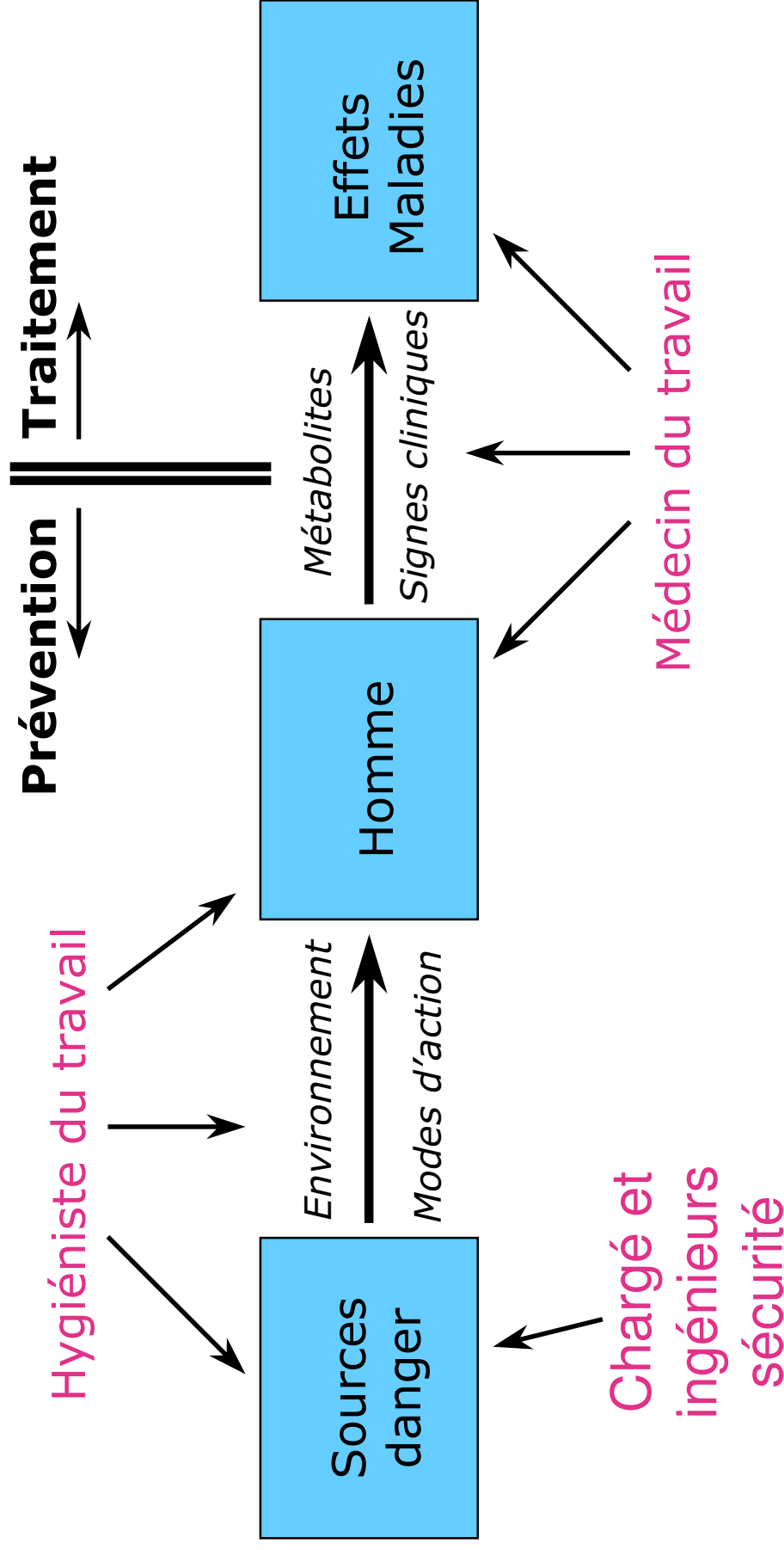


Protéger la **personne**



Pour que santé et travail soient compatibles

Les interactions



Choisissez un spécialiste...

- Une personne s'occupant des nettoyages s'est piqué avec une aiguille souillée...

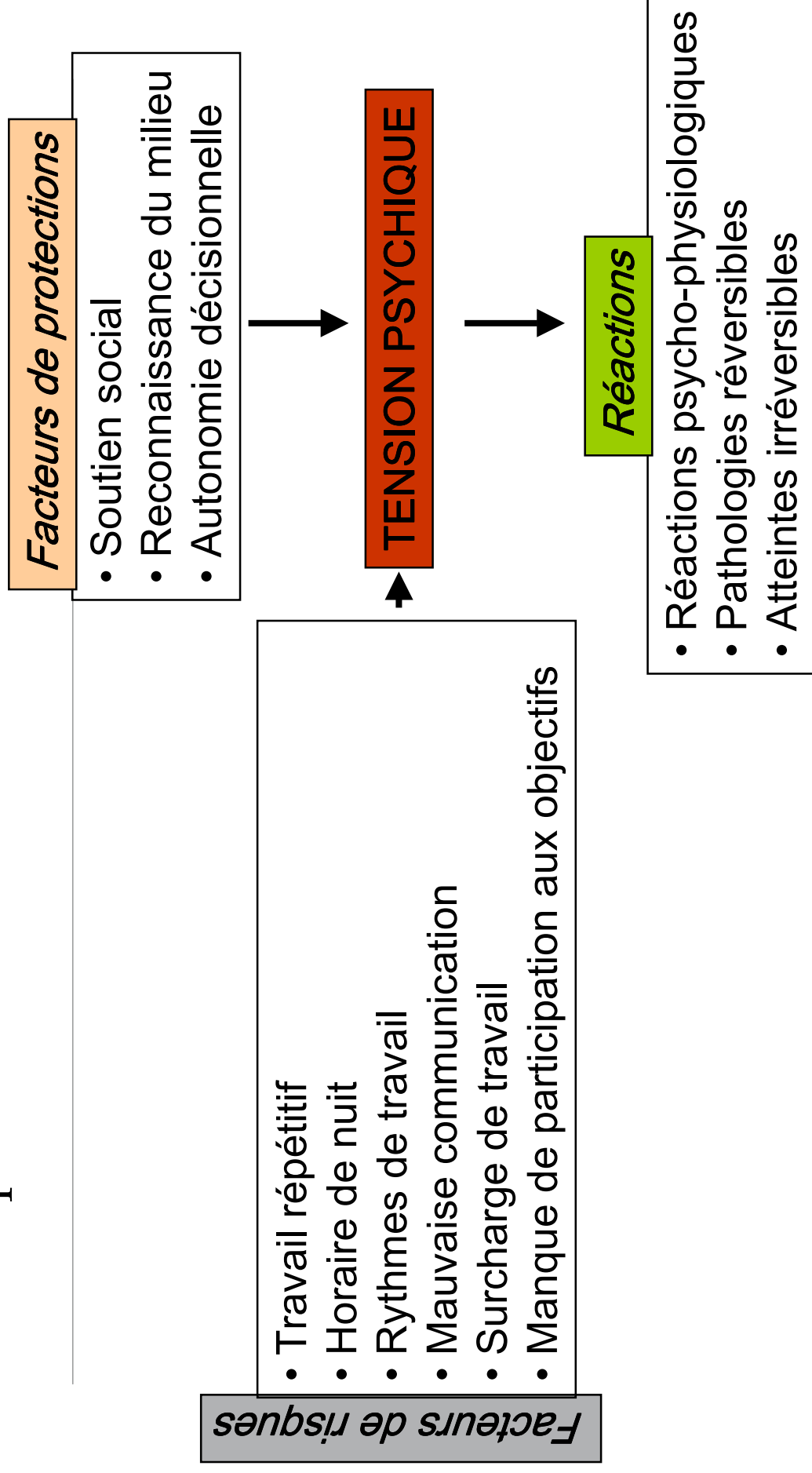


Un autre....

- Une infirmière instrumentiste est enceinte et se demande si elle subit une exposition aux gaz anesthésiques préjudiciable à sa santé et à celle de son enfant



Exemple: le stress



Une étude suisse

*Le coût du stress en Suisse
D. Ramaciotti et J. Perriard, 2001*

1,2% du PIB pour un
seul facteur

1.2% du PIB ➔ 4.2 milliards de francs

Comprenant:

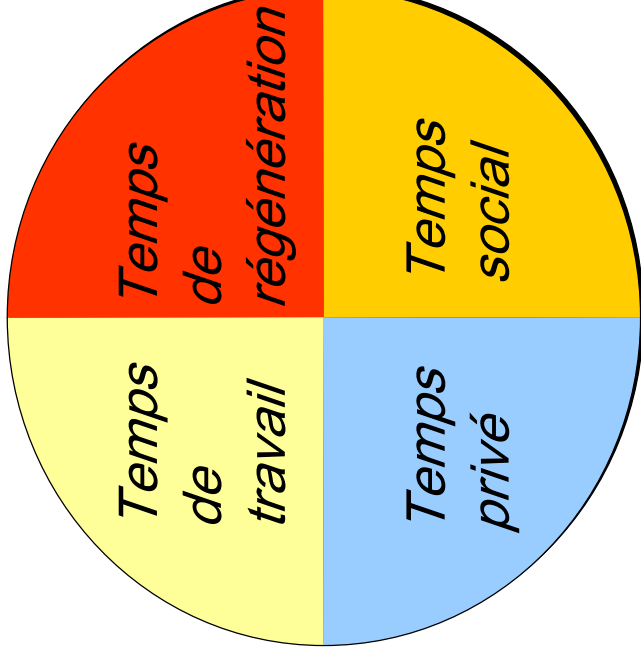
1.4 milliards: frais médicaux

348 millions: automédication contre le stress

2.4 milliards: absences et pertes de production

Les stratégies de maîtrise du stress

- *Temps de travail*
- *Temps de régénération*
Dormir, manger, s'habiller,...
- *Temps social*
Avec les amis, la famille
- *Temps privé*
Lire un livre, se coucher sur un hamac et réfléchir au sens de la vie

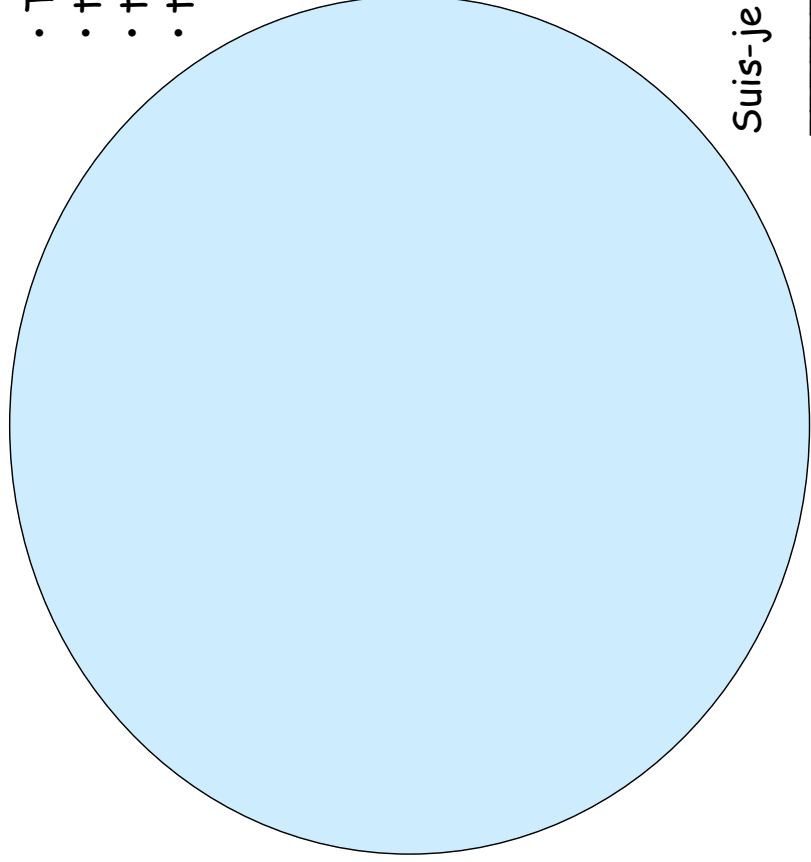


A vous d'agir!

Le Cercle du temps

Sur 1 semaine, quelle proportion de votre temps est consacrée au :

- Temps de travail ?
- temps privé ?
- temps de régénération ?
- temps social ?



Suis-je satisfait de mon cercle ?



ivail soient compatibles

ist

Merci de votre attention!