

# Vulnérabilité & Souffrance du Soignant

*Le colloque, organisé par le Groupe Pasteur Mutualité (1), le 4 décembre 2008 à la Maison de la Chimie à Paris, sur "Vulnérabilité et souffrance du soignant" a permis d'aller au-delà des analyses classiques du burn out. Ce syndrome d'épuisement témoigne de la nécessité de communiquer et, pour tout un chacun, de repenser le sens de sa relation à l'autre.*



Colloque animé par le **Dr Alain Marie** (au centre), directeur médical du Quotidien du Médecin.

Le burn out est une réalité que nul ne peut contester aujourd'hui. Ni les professionnels de la santé : médecins, infirmières, aide-soignants, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, etc., tous concernés ou susceptibles de l'être un jour. Ni les autorités de tutelles qui ont mis en place des observatoires, commandité des études, proposé des solutions, encore embryonnaires, mais qui ont le mérite de sortir le burn out de la confidentialité. Ne peuvent non plus ignorer ce phénomène les patients eux-mêmes, et au-delà, toute la société. En même temps que la pratique médicale, le rapport médecin-patient a évolué, mais sans que personne ne prenne conscience des conséquences : le regard du souffrant pour celui qui sait tout à fait place à l'exigence de l'usager à l'égard du prestataire de soin. Et ce qui en résulte n'est positif ni pour l'un ni pour l'autre. Il n'est pas trop tard pour que les uns et les autres se respectent pour ce qu'ils sont : des mortels.

## La chute d'Icare

Hippocrate écrivait, comme le rappelle le **Dr Bruno Gaudeau**, "le médecin aura une bonne couleur et de l'embonpoint, car la foule s' imagine que ceux dont le corps n'est pas aussi en bon état, ne sauraient soigner convenablement les autres". Ce précepte, toujours d'actualité, a forgé des générations de super héros volant au secours de la pauvre humanité souffrante. D'ailleurs, le professeur, qui, entouré de son aréopage d'étudiants et d'infirmières, fait la tournée des lits à l'hôpital est encore quasi-



**Dr Bruno Gaudeau**, président du Groupe Pasteur Mutualité.

(1) Avec la participation :  
 - du Conseil national de l'Ordre des Médecins;  
 - de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS);  
 - de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF);  
 - de l'Association Médicale Française.

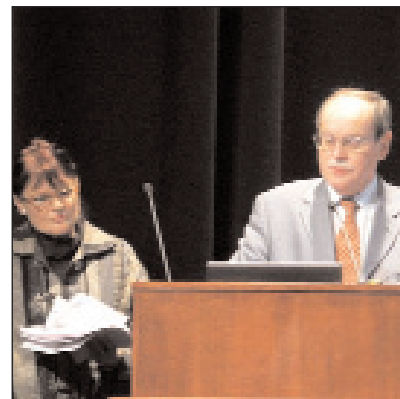
## Toute relation de soin contient une souffrance

ment un dieu pour les patients et les soignants. Et tout médecin a pour mot d'ordre : *“faire de la qualité, du zéro défaut, et en même temps réduire les coûts, être inattaquable, poli, disponible, compatissant...”* résume le **Pr Marc Berthel**. Portés par une éthique fondamentale à la base du désir de soigner, les médecins s'efforcent d'être à la hauteur de leur idéal. Au détriment de la vie privée, des vacances, des 35 heures, du sport, du temps passé à autre chose... Comment peut-il conserver un corps (et un esprit) en bon état pour soigner les autres ?

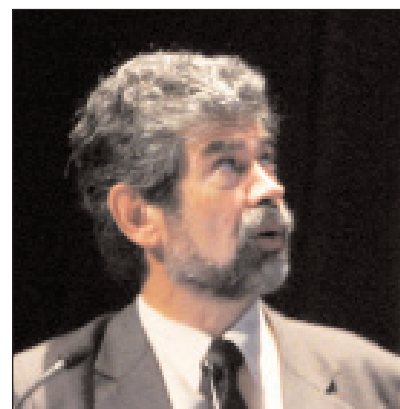
Généraliste, célibataire, grosse clientèle, se déplaçant à domicile, 57 heures de travail par semaine au moins, sans compter les gardes, fermant rarement le cabinet... Est-ce là le médecin idéal ? Non, c'est le profil-type de celui que menacent la dépendance à l'alcool, l'épuisement physique, la dépression, bref le burn out, voire le suicide. **Dr Yves Léopold** décrit ce médecin-là comme *“un dieu déchu parce qu'il se brûle à son idéal — comme l'indique le mot même de burn out —, lorsqu'il est confronté à l'échec permanent : aucun de ses malades ne survivra... C'est une réalité que les médecins arrivent mal à surmonter”*.

### Que signifie la notion de vie ?

Le patient aussi entretient une vision idéalisée de la santé. Mieux, la santé est un droit qu'il exige impérativement. **Corinne Pieters** y voit l'explication du mal-être des soignants : *“La maladie, et en particulier la maladie chronique, est un échec. Ne pas guérir, de l'aveu du soignant, est toujours un aveu d'impuissance. Ne pas souffrir est envisagé comme un droit exigible du sujet, voire comme un devoir imposé aux soignants”*. Elle considère que si la relation conflictuelle est partout, elle est d'abord en rapport avec ce qu'on attend en terme de services aussi bien quantitatifs que qualitatifs. Par rapport à une autre profession délicate, comme



**Pr Marc Berthel**, professeur de gériatrie Université Louis Pasteur, Strasbourg, médecin responsable adjoint du pôle de gériatrie des hôpitaux universitaires de Strasbourg et **Michèle Sauder**, cadre de santé en EHPAD.



**Dr Yves Léopold**, médecin généraliste, vice-président de la CARMF.

### Le suicide, expression ultime du burn out ?

14 % des causes de décès des médecins libéraux en activité sont le suicide contre 6 % au niveau national, c'est le taux le plus élevé de toutes les catégories professionnelles. Ces chiffres résultent d'une enquête nationale de 2003. Seules les données de 26 départements sont exploitables, les grands départements n'ayant pas toujours connaissance des causes de mortalité, d'autres se réfugiant derrière le secret professionnel.

En 2008, la CARMF et le CNOM ont décidé de mettre en place un observatoire des décès des médecins libéraux, à partir d'un questionnaire envoyé à chaque famille. Il n'était demandé que la cause du décès et l'âge du praticien. Mais, explique le Dr Yves Léopold, *“bien qu'anonyme, cette enquête implique que la famille reconnaisse l'existence du suicide, et c'est douloureux*. Il y a donc vraisemblablement un biais dans le recueil des données. Toutefois, comparées à d'autres pays, celles-ci sont concordantes : elles témoignent d'une

*“surexposition criante des femmes médecins”*. A partir des renseignements

recueillis, Dr Yves Léopold détaille les marqueurs du risque de suicide, (lesquels sont d'ailleurs moins des facteurs de risques que des données associées) :

- les conduites addictives (dans un suicide sur 2, l'alcool est présent) ;
- une rupture affective (1 fois/2) ;
- des difficultés financières (1 fois/3, les retards de paiement à la Caisse de retraite ou au Conseil de l'Ordre sont alors des signes d'alerte) ;
- des contentieux juridiques, ordinaires ou administratifs (1 fois/3) ;

- la maladie, physique ou psychique (1 fois sur 4 ou 5). Les soignants qui présentent le plus grand risque sont les psychiatres, les anesthésistes et les généralistes, et ceci quel que soit le mode d'exercice (libéral ou hospitalier, seul ou au sein d'un cabinet de groupe) et le lieu (en ville ou en milieu rural). Ce qui indiquerait qu'il faut d'abord enquêter du côté des fragilités individuelles...



Icare incarne le désir de l'homme d'aller toujours plus loin, au risque de devoir se retrouver face à sa condition de simple être humain.

## Le soin en lui-même est thérapeutique

l'enseignement, l'exercice de la médecine comporte une spécificité : la relation de soin elle-même qui *"oblige à une réflexion encore à mener sur ce que peut signifier la notion de la vie"*. Notion que Corinne Pieters analyse comme *"une puissance qui bien sûr porte et soutient le sujet, mais aussi comme ce qui orchestre simultanément sa propre destruction. Car c'est bien la puissance de destruction de la vie qui vient déstabiliser les croyances rassurantes en matière de soin, et en particulier en matière de soin tout puissants"*.

Corinne Pieters estime que pour comprendre les formes et les enjeux de la vulnérabilité du soignant face à une situation de souffrance, il faut envisager la maladie comme *"une expérience totale qui bouleverse tous les liens, tous les marqueurs de l'identité d'un sujet, qui contamine donc tous les aspects de son existence... et pas seulement aux heures ouvrables !"*. Et personne ne résiste à cette *"puissance modificatrice"* de la maladie, le soignant pas davantage que le soigné, même si, bien sûr, les modes de résistance ne peuvent pas être mis sur le même plan.

Comment sortir de ce double paradoxe : le malade accepte de moins en moins d'être malade et le soignant se sent de plus en plus coupable de ne pas guérir ?

### Soigner n'est pas guérir, et pourtant...

L'approche philosophique de la souffrance inhérente à l'exercice de la pratique médicale conduit à redéfinir le terme de soin. Corinne Pieters rappelle que l'objectif d'un soignant n'est pas la guérison (même si c'est une ambition et une exigence personnelles), mais bel et bien la prise en charge, autrement dit, le soin. Alors que pour le malade, la guérison est ce que lui doit la médecine, pour la plupart des soignants, c'est le traitement le mieux adapté, le plus expérimenté, que la médecine doit au malade. Il y a une obligation de soins, de moyens, mais non de résultats. D'où la différence fondamentale entre un soignant et un guérisseur !

Être médecin, c'est soigner le malade et pas seulement la maladie, c'est-à-dire en prendre soin. Or, estime Corinne Pieters, dans la vision idéalisée de la guérison, la relation de soin, pourtant déterminante, disparaît : *"La guérison apparaît comme une évidence pratique qui fait passer au second plan la difficulté réelle de toute relation de soin et fait oublier l'universalité qui transcende les différences culturelles. Le soin, c'est l'effort pour délivrer l'homme de ses souffrances et il se conçoit pour lui-même, quel que soit le résultat pratique, comme une réponse active à cette émotion, à ce souci de l'autre, qui se concrétise d'emblée dans une pratique, thérapeutique en elle-même. Care : prendre soin, c'est déjà cure, guérir, d'une certaine façon"*.

### Le soignant, rouage de la société

Cette approche philosophique est résolument nécessaire pour comprendre le rôle social du soignant, estime le **Dr Eric Galam**, qui ne dissocie pas la fragilité de l'humanité : *"Il faut se rappeler que nous sommes des êtres humains et c'est cela qui est important dans notre pratique, et pas uniquement la souffrance et la vulnérabilité."* Citant le chanteur Jean-Jacques Goldman (*"Elle avait dans le regard cette petite douleur qui rend les gens fréquentables"*), il se réjouit de la fragilité des soignants : *"cela nous rend humains et c'est plutôt une bonne nouvelle !"*



Corinne Pieters professeur de philosophie Université Paris V, service du professeur Marie-Rose Moreau.

### Burn out syndrom

Le concept de burn out, forgé dans les années 70 à l'intention des soignants paramédicaux a cessé d'être un tabou pour les médecins depuis peu. Le Dr Eric Galam explique que trois éléments caractérisent le burn out :

- l'épuisement émotionnel (stress, perte de la motivation...);
- la dépersonnalisation : ne plus voir ses patients comme des êtres humains, mais comme des maladies, des objets, voire de problèmes);
- ne plus prendre plaisir à son métier et croire qu'on n'y arrivera plus. Ces trois critères peuvent être analysés à travers un outil validé par la communauté scientifique, le Maslach Burnout Inventory, qui comporte 22 questions permettant de se tester.



Dr Eric Galam, médecin généraliste coordonnateur de l'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins Libéraux (AAPML).

## En tant que soignant, je suis un service public

Fragiles, sensibles, oui, mais en bonne santé, physique et mentale. Et il s'agit de préserver le capital santé des soignants, pas uniquement en tant que personne : *“Le soignant a une responsabilité vis-à-vis des gens qu'il soigne et donc s'il s'enrhume, c'est tout le système qui tousse”*. Le burn out est bien une affaire de santé publique, parce que le soignant est un investissement social et humain considérable, *“quelqu'un qui a été formé, qui sait ce que veut dire accompagner les souffrances. C'est un véritable capital-soin qu'il faut préserver et optimiser”*. D'ailleurs, le Dr Galam revendique tout simplement : *“en tant que soignant, je suis un service public”*.

### De quoi souffre le soignant ?

Le **Dr Jean-Claude Monfort** voit dans le professionnel de santé un être écartelé entre cinq forces : le matériau-même de l'activité de soin qui est la maladie et la mort ; les agressions physiques ou verbales, auxquelles tous les praticiens sont exposés, mais surtout au sein des secteurs sensibles, comme les urgences et les services psychiatriques ; les contraintes institutionnelles qui creusent l'écart entre les réglementations et la pratique de terrain (la responsabilité sans faute est une épée de Damoclès lourde de menaces) ; et enfin, en arrière-plan de l'environnement professionnel, la famille du soignant, qui peut également être un facteur potentiel de stress, en lui reprochant d'être trop peu présent, ou en entretenant, même inconsciemment, l'image du super héros.

Pour éviter que le burn out d'une partie des soignants ne gangrène tout le corps médical, toutes les démarches sont les bienvenues car, conclut le Dr Monfort, *“ça va tellement mal qu'on est au fond de la piscine, donc on ne peut que remonter... Logique de Shadok, mais j'y crois.”* (suite p 6)

### Une clinique dédiée aux soignants malades

Un programme de soins s'adressant aux soignants en exercice a été créé conjointement en 1998, par l'Ordre des Médecins de Catalogne (Espagne) et le Gouvernement régional. Il est géré par le Dr Antoni Arteman (Fondation Galatea du Conseil des Ordres des médecins de la Catalogne). Progressivement, une assistance ambulatoire, puis des places en hôpital de jour et enfin, l'année dernière, une structure spécifique ont été mises à disposition des médecins et des infirmières (\*) : la clinique Galatea (22 lits et 15 places d'hôpital de jour) se caractérise par :

- la confidentialité (changement de nom à l'entrée, téléphone direct, localisation anonyme des services) ;
- un “contrat thérapeutique”, signé entre le thérapeute et le malade, en collaboration avec des psychiatres d'autres structures, publiques et pri-

vées, qui interviennent si nécessaire ;  
- la gratuité des soins pour les soignants de la Catalogne.

Jusqu'à présent, quelque 1 800 patients ont été pris en charge à la clinique : psychothérapies individuelles, sessions de groupes, tests et évaluations psychiatriques, hospitalisation. 84 % l'ont été à leur demande spontanée, et 11 % suite à la pression de leur entourage, ces malades-ci ayant besoin d'un suivi plus étroit.

La fondation Galatea propose également des programmes préventifs : préparation à la retraite, prévention du burn out, santé des médecins résidents, etc. et publie diverses études sur les problèmes de santé des soignants :

[www.fgalatea.org](http://www.fgalatea.org)

(\*) Programme d'Attention Intégrale au Médecin Malade (PAIMM) et Programme Retour pour les infirmières.



Dr Jean-Claude Monfort responsable d'un dispositif d'appui de psychogériatrie, Centre hospitalier Saint-Anne, Paris.

### Mauvais malade

Selon le **Dr Antoni Arteman**, le médecin est le plus mauvais malade de tous, à cause de son statut de soignant tout-puissant, de la négation du burn out, de la crainte de la stigmatisation et du viol de la confidentialité.

Et surtout, ce qui retarde le traitement, c'est la peur de ne plus avoir le droit de pratiquer.

Consulter un confrère ?

Pour le Dr Eric Galam :

*“Ce n'est pas une mince affaire de soigner un soignant. C'est un peu quelqu'un qui serait de la famille, cela se prend avec des pincettes... Et puis on répugne à se faire payer, c'est légitime au moins pour quelques consultations, mais non si je prends beaucoup de temps. Trouver des médecins qui acceptent de soigner leurs confrères n'est pas acquis. Cela suppose un véritable travail de recrutement, de formation, d'accompagnement de soignants de soignants”*.



Dr Antoni Arteman, spécialiste en santé publique et médecine préventive, gérant du programme PAIMM et de la Fondation Galatea.

## Les violences à l'encontre des soignants

Depuis 2005, les actes de violence vécus dans les établissements de santé doivent être déclarés auprès de l'Observatoire National des Violences Hospitalières (ONVH). Un commissaire de police y est chargé de la coordination et de l'évaluation des politiques de prévention et de sécurisation.

Face aux chiffres, **Fabienne Guerrieri** est prudente : d'une part, tous les établissements ne déclarent pas les agressions ou pas de la même manière, d'autre part, *"il ne faut pas négliger le décalage entre le ressenti et la réalité : il existe un seuil de tolérance qui est propre à chacun et différent aussi selon les établissements.*

Bien qu'un recensement exhaustif soit impossible, elle estime que les données constituent tout de même une approche assez fidèle de la réalité. Celle-ci se traduit par une augmentation de 21 % des faits déclarés transmis par 251 établissements publics ou privés, entre 2006 et 2007. 67 % sont des atteintes aux biens (vols avec ou sans effraction). Parmi les atteintes aux personnes, plus de la moitié sont graves ; injures et menaces sont en hausse.

Les auteurs d'actes de violence sont le fait des patients dans 80 % des cas, ou des personnes qui les accompagnent (15 %).

Que nous enseignent les déclarations d'incidents, rapportées soit à la DHOS, soit à l'Observatoire de la sécurité des médecins mis en place par l'Ordre (qui recueille l'ensemble des faits se produisant à l'encontre d'un médecin exerçant à l'hôpital ou en libéral) ? *"Nous avons constaté que le fait générateur de violence le plus important est une réponse du médecin non conforme à la demande du patient.*

*Dans la moitié des cas, il s'agit d'un médecin qui sait dit non, à une prescription spécifique, à une demande de certificat ou un arrêt de travail",* explique le **Dr Patrick Bouet**. De plus, les statistiques permettent d'affirmer que plus il y a de personnes (patients, accompagnants) au même moment autour du médecin, plus l'agression est potentiellement intense. Autre phénomène : aux vols dans le cabinet, s'ajoutent des actes de rançon auprès des patients qui attendent ou sortent de consultation."



**Fabienne Guerrieri**  
Commissaire principale de police à l'Observatoire National des Violences en milieu Hospitalier



**Dr Marc Bernard**  
urgentiste, expert près les tribunaux, Hôpital de Saint-Quentin, et **Anne Vanhoutte**, infirmière Urgences/SMUR, Lons-le-Saulnier



**Dr Patrick Bouet**, médecin généraliste, Conseil National de l'Ordre des Médecins

Aux urgences, rapporte le **Dr Marc Bernard**, la situation est semblable : coups et blessures, 43 % ; insultes et menaces, 55 %. Près de la moitié des événements indésirables ont lieu entre 18 h et 1 h du matin. Les raisons identifiées sont d'abord les délais d'attente, l'incompréhension du fonctionnement des urgences, l'alcool, le refus de soins... Face au sentiment de violence, ressenti par 95 % du personnel, une fois sur trois, il y a appel aux forces de l'ordre. La contrainte physique, qui n'est possible que sur prescription, est vécue, témoigne **Anne Vanhoutte**, comme un échec par le personnel soignant, qui répugne également à porter plainte.

Les solutions préférées sont institutionnelles :

- le projet d'établissement (de pôle ou de service) ;
- la contractualisation entre les urgences et les services d'hospitalisation (prévues par une circulaire de 2003,

- non appliquée) ;
- la reconnaissance du burn out comme maladie professionnelle avec une prise en charge ;
- le renforcement des moyens infirmiers à orientation psychiatrique.



**Gwénaél Godin**, directeur adjoint de l'hôpital de Haute-pierre, directeur adjoint de la sécurité des personnes et des biens.

## L'hôpital à l'épreuve de la violence

Les hôpitaux universitaires de Strasbourg témoignent d'un engagement fort dans la lutte contre la violence : 120 personnes avec un budget annuel (2008) de 840 000 euros, participent à la sécurité et à la prévention des agressions. La politique mise en place comporte des mesures organisationnelles (barrières d'accès, vidéo surveillance, agents de sécurité, bracelets reliés à une centrale d'alarme pour les nouveaux-nés, etc.) et de formation destinées à tous les agents. Il s'agit de renforcer le sentiment de sécurité, à la fois du personnel soignant et des patients, comme l'explique Gwénaél Godin qui place l'hôpital en interaction avec les maux de la société : *"La gestion des risques d'agression passe par la nécessité de conclure des partenariats avec les forces de l'ordre, de développer une culture du signalement, d'intégrer l'hôpital dans la politique de la ville et de développer la communication interne et externe".* A travers tout un ensemble de réponses spécifiques aux CHU de Strasbourg (pas forcément reproductibles partout), il affiche une volonté claire : *"l'hôpital doit redevenir un sanctuaire".*

## Construire ensemble

*“Tous les pays qui ont évalué l’efficacité des mesures prises pour prévenir le burn out et ses conséquences (arrêts de maladie, changement de profession...) parviennent à la même conclusion : c’est toujours le team building, la construction du collectif qui a permis d’éviter les événements indésirables.”* Le **Dr Madeleine Estryn-Béhar** souligne l’importance, au sein de l’hôpital, du travail multidisciplinaire, des temps et des lieux dédiés à la concertation et à la transmission des informations. C’est la qualité des soins qui est en jeu, en même temps que la satisfaction des soignants. C’est pourquoi elle met en doute le bien fondé de *“la mutualisation des soignants par pôle qui changent de service tous les jours”*. Elle préconise au contraire que soient élaborés des *“projets de soins adaptés à chaque patient, soulignant que l’existence d’un “collectif de travail soudé est liée à moins d’arrêts maladie, à moins de départs et donc à un moindre besoin de remplacements impromptus de collègues absents”*.

Quant à l’exercice en libéral, il implique une solitude par essence, et ce sont peut-être les médecins libéraux qui devraient faire l’objet d’attentions particulières de la part de la collectivité et des institutions. *“La régulation de la permanence des soins, les gardes pour convenance personnelle, tout cela existe déjà mais reste à améliorer”*, déclare le **Dr Jean-Marc Boivin**. Il est également sceptique sur le rôle des structures d’écoute et des maisons médicales : *“d’une part, les médecins sont déjà dans un stade avancé de burn out quand ils demandent de l’aide, d’autre part, on peut aussi se sentir seul dans un cabinet de groupe, on croise des confrères, mais ce ne sont pas de vrais échanges...”*

Pour agir efficacement, il estime indispensable d’évaluer la prévalence des premiers stades du burn out (qui toucheraient environ 40 % des professionnels de santé !) de façon plus précise et de faire des études épidémiologiques de grande ampleur. Question de financement...

## Repérer les fragilités

Faut-il pour autant sélectionner les étudiants en leur faisant passer un entretien psychologique avant les études supérieures afin de repérer ceux qui sont susceptibles d’abandonner le cursus ? D’une part, ce serait une tâche bien lourde compte tenu du nombre d’inscrits. D’autre part, la longueur des études impose de fait une sélection aux moins motivés ou aux plus fragiles. En revanche, il est sans doute possible de leur épargner des souffrances et des désillusions ultérieures. Ainsi, rapporte le Dr Galam, les étudiants du Québec ont des entretiens de motivation et ils sont inscrits au Collège des Médecins. Reconnus par l’Ordre et soutenus dans le cadre du Plan d’aide aux médecins du Québec (ce sont d’ailleurs eux qui y font le plus appel), les étudiants semblent ainsi mieux armés contre le burn out. Le tutorat - des valeurs et pas seulement des compétences techniques - est également évoqué comme étant de nature à prévenir l’anxiété des plus jeunes, tout en valorisant la compétence des anciens. Madeleine Estryn-Béhar envisage des formations courtes à l’intention de ces tuteurs volontaires pour encadrer les soignants les moins expérimentés et animer les services à l’hôpital. Elle considère qu’un meilleur partage des expériences est un gage de mieux-être pour chacun.



**Dr Madeleine Estryn-Béhar**, praticien hospitalier en médecine du travail (APHP Hôtel Dieu), responsable pour la France de l’enquête européenne PRESST-NEXT (promouvoir en Europe santé et satisfaction des soignants au travail) et de l’enquête SESMAT (Santé et satisfaction des médecins au travail).

L’enquête PRESST-NEXT portait sur 40 000 soignants de 10 pays européens, soit 585 institutions dont 56 en France. L’enquête SESMAT a été demandée par les médecins à l’issue de la première enquête. Elle a concerné 3 200 médecins français représentant toutes les spécialités. Les deux enquêtes dressent le même constat :

- intention d’abandonner : 17,4 % y pensent chaque mois, et cette intention est liée au score élevé de burn out,
- qualité des soins : 1 sur 2 estime ne pas donner aux patients tous les soins dont ils ont besoin :
- soutien psychologique : 67 % des médecins et des paramédicaux se disent insatisfaits du soutien qu’ils reçoivent au travail ;
- espaces adaptés aux tâches : moins de 50 % sont satisfaits de leur environnement.

[www.presst-next.fr](http://www.presst-next.fr)  
[www.prest-next.fr/SESMAT/](http://www.prest-next.fr/SESMAT/)



**Dr Jean-Marc Boivin** maître de conférences de médecine générale, Département de médecine générale de Nancy. Université Henri Poincaré

## La pédagogie du soigné est plus importante que celle du soignant

Le Dr Monfort, quant à lui, estime qu'il serait vain de repérer les soignants fragiles parce qu'il a "l'intuition que l'on choisit de s'engager dans des carrières de soin pour des raisons qui relèvent des facteurs de vulnérabilité plutôt que des facteurs de risque...". Rejoignant en cela le Dr Galam, il se considère lui-même vulnérable et tous les deux admettent, voire revendiquent qu'une certaine fragilité peut aller de paire avec les qualités qui font un bon soignant.

### La relation médecin-patient

Qui dit partage, dit échange et confiance. Au sein de professions médicales mais aussi entre les patients et les soignants. Comment retrouver ce lien qui donne du sens au "colloque singulier" ?

**Martine Pacault-Cochet** dit : "Nous devons rendre les patients le plus autonomes possible sur le plan psychologique et physique. Et cela passe par la pédagogie. Or les seniors n'ont pas été formés à cela : si les soignants, progressivement, arrivent à être des pédagogues pour faire comprendre à ceux qu'ils soignent la nécessité de se prendre en charge quand c'est faisable, les problèmes de vulnérabilité des soignants diminueront dans les années à venir".

Corine Pieters insiste de son côté sur "la pédagogie du soigné, bien plus importante que toute celle des soignants réunis !" Et s'il ne fallait pas attendre d'être un soigné (lequel est toujours en position de faiblesse, d'exigence, d'incompréhension, de refus...) pour analyser l'attitude de la plupart d'entre nous face aux personnes les plus exclues du respect soigné-soignant, à savoir les personnes âgées dépendantes et les personnes à qui la société en délègue la charge ?



Martine Pacault-Cochet, Assistante sociale.

### Les actions pédagogiques préventives

Si le burn out n'est pas encore un module de formation à part entière, plusieurs cycles d'enseignement permettent tout de même une sensibilisation, à condition toutefois, précise le **Pr Pierre Meyer**, que l'enseignant lui-même y soit sensibilisé. Ainsi a-t-il recensé, au cours de la formation initiale des soignants, des modules orientés vers les patients ("maturation et vulnérabilité, "douleurs, soins palliatifs, accompagnement "...). Il est également possible de s'inscrire à un diplôme inter-universitaire (DIU) de soins palliatifs et d'accompagnement, et ceci au cours de n'importe quel DES.

Le diplôme d'étude spéciale de médecine générale, qui existe depuis trois ans, évoque le stress, à travers des cas cliniques qui font appel aux spécialistes des autres disciplines pour la résolution des problèmes.

L'enseignement des soins infirmiers s'est aussi ouvert à " la gestion du stress des soignants ", nouveau thème du programme d'étude en cours de validation des FMI. Dans des centaines d'écoles (puériculture, kinésithérapie...), des groupes de parole, des ateliers de relaxation, des cours sur l'ergonomie, la psychosociolo-

gie, etc. abordent la difficulté des métiers de soin. Mais ce sont surtout dans les Centres de lutte contre le cancer (CLCC) que le stress et la souffrance des soignants sont ancrés depuis longtemps. Certains d'entre eux ont même initialisé quarante heures de formation "souffrance au travail, prévention de l'épuisement professionnel".

Même s'il part du principe que "dans notre système de soin, le soignant n'est jamais seul et s'il se retrouve seul, c'est qu'il y a un hiatus dans la relation humaine ", le Dr Meyer formule plusieurs propositions pédagogiques :

- diffuser à tous les étudiants une plaquette d'information de sensibilisation ;
- concevoir un module d'enseignement interactif sur les facteurs de risque de burn out ;
- insister sur les exigences éthiques : respect mutuel des doutes de tous les membres des équipes soignantes ;
- ne jamais rester seul face à ses problèmes et apprendre à ne pas se laisser déborder.



Pr Pierre Meyer, professeur de médecine générale, Faculté de médecine de Reims, Université de Reims-Champagne-Ardenne.

# Comment peut-on aimer ceux qui font le “sale boulot” ?

## Respect mutuel

Le professeur de gériatrie Marc Berthel (Strasbourg) définit les établissements de soin pour personnes âgées dépendantes comme l'exemple caractéristique qui explique la souffrance des soignants : *“Elle relève en premier lieu de la non-reconnaissance accordée aux personnes âgées dépendantes et au-delà, aux personnes qui s'en occupent, particulièrement les aides-soignantes”*.

Les personnes âgées peuvent elles-mêmes être source de souffrance vis-à-vis de soignants (agressivité, mépris, racisme), tout comme leur famille qui, estimant payer cher l'hébergement, met le personnel en position de serviteurs. De son côté, le personnel soignant (généralement des équipes pauvres en effectifs) est confronté à des pathologies complexes, chroniques, à la démence, l'incontinence, aux décès..., un quotidien pour lequel le sociologue américain a forgé, en 1950, le concept de “dirty work” (comme éboueurs ou gardiens de prison). Marc Berthel s'interroge : *“Comment peut-on estimer ceux et celles qui sont chargés de tous les stigmates du sale boulot, et soumis à cette indignité ?”*

Bien sûr toutes sortes de normes, procédures, protocoles... sont là pour assurer le fonctionnement du système. Mais cela ne suffit pas. Michèle Sauder, infirmière cadre en EHPAD, assène sa conviction : *“Chacun doit se mettre dans la tête qu'on ne soigne pas des vieux corps, on soigne le corps des vieux”*. Cette notion de respect passe aussi par une reconnaissance sociale, autant, sinon plus que financière. Le personnel a d'autant plus besoin du soutien de ses supérieurs (et de la société) que le travail est pénible. Michèle Sauder évoque l'idée de créer une charte qui permettrait d'améliorer les relations entre soignants. Une charte, c'est encore un protocole de plus...

## S'avouer mortel et philosopher

A défaut de solutions, la philosophe Corinne Pieters cite cette phrase du médecin et philosophe Georges Canguilhem (\*) : *“les maladies sont les instruments de la vie par lesquels le vivant, lorsqu'il s'agit de l'homme, est contraint de s'avouer mortel”*. Et ceci, ajoute-t-elle, concerne à la fois le travail du soignant et du soigné. Jean-Claude Monfort en conclut que : *“Rêver, philosopher est un dispositif anti-souffrance, personnel et collectif. Si chacun, y compris les institutions, se mettaient à faire fonctionner l'intelligence, à repenser les métiers du soin, ceux-ci pourraient être un pur bonheur, à condition d'accepter la souffrance et la mort”*. ■

(\*)“Les maladies”, dans “Ecrits sur la médecine” Collection Vrin, Paris

## La courbe en U des maladies mentales

Le Dr Jean-Claude Monfort, praticien en psychogériatrie proteste contre la tendance actuelle, sur laquelle se fonde la réglementation, de considérer que les maladies mentales, les troubles psychologiques disparaissent avec l'âge. *“C'est l'inverse : la psychopathologie, la psychiatrie suivent une courbe en U, c'est-à-dire que l'on trouve un maximum de maladies mentales chez les tout-petits (ceux qui n'en meurent pas vont guérir à 20 ou 30, ou 50 ans, mais en vieillissant, ils auront à nouveau besoin de soins psychiatriques.”*

Il estime que si cette courbe-là était enseignée, reconnue, on accepterait mieux qu'un tout-petit et qu'un vieux soit malade.

## N° d'appel permanent :

**Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) :**

**0826 004 580**

Compte-rendu réalisé à partir des interventions des personnes suivantes, lors du colloque organisé par le Groupe Pasteur Mutualité, le 4 décembre 2008, à la Maison de la Chimie à Paris :

Dr Antoni Arteman, Dr Marc Bernard, Pr Marc Berthel, Dr Jean-Marc Boivin, Dr Patrick Bouet, Dr Jean-Marie Colson, Dr Madeleine Estryn-Behar, Dr Eric Galam, Dr Bruno Gaudeau, M. Gwénaél Godin, Mme Fabienne Guerrieri, Dr Yves Léopold, Dr Alain Mary, Pr Pierre Meyer, Dr Jean-Claude Monfort, Mme Martine Pacault-Cochet, Mme Geneviève Picot, Mme Corinne Pieters, Mme Michèle Sauder, Mme Anne Vanhoutte,

Le site [www.souffrancedusoignant.fr](http://www.souffrancedusoignant.fr) reste ouvert aux témoignages des praticiens. Il propose en outre de tester votre niveau de burn out en 3 points ainsi que de nombreux articles et études sur les questions de la souffrance et de la vulnérabilité des soignants.



[www.gpm.fr](http://www.gpm.fr)