



Directeur d'enseignement
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement
Professeur Éric GALAM

**DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU
Présenté et soutenu publiquement
Le 7 novembre 2019
Par le Docteur Anne PAULY

**LA RELATION D'AIDE AU SERVICE DE SANTE AU
TRAVAIL D'UN CENTRE HOSPITALIER**

**Pratique analysée à la lumière
des travaux de Carl Rogers.
A propos de neuf cas.**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Jacques MORALI
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année universitaire 2018-2019

INTRODUCTION	3
I. CADRE THEORIQUE	4
A. Contexte national de souffrance au travail et en particulier en milieu hospitalier	4
B. Constats de la souffrance au travail par le SST du CHR et indicateurs	5
1. Présentation du CHR	5
2. CHSCT et Document Unique	5
3. Constats et Indicateurs du SST	6
4. Procédure mise en œuvre pour accompagner les agents	7
C. La relation d'aide selon Carl Rogers	7
1. Définition d'une relation d'aide	7
2. Carl Rogers	8
3. Comment créer « une relation d'aide » ? ou les bonnes conditions d'un entretien].....	8
4. Les 3 qualités d'un « aidant » pour faciliter la croissance psychologique :	10
5. Observations préalables à la mise en œuvre de la relation d'aide	11
6. Le processus thérapeutique : étapes caractéristiques selon Rogers	11
7. Les 4 caractéristiques fondamentales de la relation selon Rogers:	13
II. OBJECTIF de notre Travail :	13
III. METHODE	14
A. Situations cliniques choisies dans notre pratique	14
B. Critères déterminés pour analyser notre pratique	15
IV. RESULTATS	17
A. Critères socio-démographiques de notre échantillon.	17
B. Création d'une ambiance propice à la relation d'aide ou Caractéristiques environnementales des entretiens médicaux	18
C. La relation d'aide mise en œuvre à la visite médicale initiale.	18
D. Relation d'aide au cours des visites ultérieures :	22
E. Visite de clôture et prise de décisions :	26
V. DISCUSSION	27
A. Similitudes et/ou rapprochements possibles	27
B. Différences et limites entre la méthode de Rogers et la pratique en santé au travail	32
C. Les biais et limites relevés dans notre méthode de travail :	33
D. Perfectionnement de notre méthode	34
E. Suggestion d'une maquette « type » pour support dans les entretiens d'aide organisés en santé au travail	34
CONCLUSION	39

INTRODUCTION

Au cours des dernières décennies, les modifications des conditions de travail ont vu émerger de nouveaux risques professionnels pouvant entraîner des atteintes sur la santé mentale des salariés : les risques psycho-sociaux (RPS). En France, une succession de lois (T2A : Tarification à l'activité ou HPST : Hôpital, patients, santé et territoire...) a entraîné des restructurations dans les hôpitaux publics et les personnels ont ainsi subi de nouvelles contraintes liées aux changements organisationnels. Ces modifications mettant l'accent sur un accroissement de productivité, ont engendré des conséquences délétères non seulement sur la qualité des soins mais aussi sur la vie professionnelle des soignants. Devant s'adapter à ces nouvelles conditions de travail, les salariés ont présenté des troubles de l'adaptation (anxiété, épuisement, dépression...) en lien avec des facteurs de stress multiples. Le stress des soignants est particulier, car il trouve sa source non seulement dans l'activité spécifique du soin mais aussi dans la relation d'aide qui lui est étroitement conjuguée. C'est ainsi que de nombreuses études ont vu le jour centrées sur les facteurs de risques psychosociaux et leurs impacts sur la santé psychique et physique des professionnels de santé hospitaliers.

Le Service de Santé au Travail (SST) du Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville (CHR), confronté à des expressions de mal-être des personnels s'intensifiant depuis 2016, a vu les visites sur « demande du salarié » augmenter progressivement. Une nouvelle organisation au sein du service a été mise en œuvre afin de pouvoir y répondre et rencontrer rapidement les agents concernés.

Exerçant en qualité de médecin du travail, mon expérience me permet de mener ce type d'entretien dans une approche basée sur mes connaissances, mais aussi sur mes ressentis afin de mieux y répondre. J'ai pu ainsi être sensibilisée régulièrement aux souffrances exprimées tout en réalisant que l'aide que je pouvais y apporter était limitée. Souhaitant développer mes compétences dans ce domaine, je me suis engagée dans la formation du DIU « Soigner les Soignants ». Au fur et à mesure des enseignements, il m'a été donné d'appréhender la relation d'aide explicitée par Carl Rogers. Centrée sur la personne, cette méthode a pour objectif de faire évoluer au cours des entretiens, le comportement du sujet lorsqu'il est confronté à une situation déstabilisante. Il m'est apparu intéressant d'approfondir ce nouveau paradigme mais surtout de le confronter à notre manière de procéder afin de l'améliorer

Pour cela, après avoir, décrit la souffrance au travail des personnels soignants tant au niveau national que celle constatée au CHR, nous aborderons la relation d'aide proposée par Carl Rogers. Puis notre méthode de travail, consistera à partir de situations choisies dans notre pratique de déterminer des caractéristiques propres à notre accompagnement qui seront analysées puis évaluées au regard de la méthode rogorienne.

I. CADRE THEORIQUE

A. Contexte national de souffrance au travail et en particulier en milieu hospitalier

La France n'a commencé à traiter des risques psycho-sociaux que tardivement par rapport à d'autres pays européens (1970) et la prise de conscience ne s'est faite malheureusement qu'après la survenue de drames humains.

1. Nous pouvons déterminer plusieurs points clefs dans la stratégie de prévention de ces risques :

2008	Rapport de P. Nasse et P. Légeron du ministère du travail sur la détermination, la mesure et le suivi des RPS (1)
2011	Rapport du collège d'expertise de M. Gollac et M. Bodier, « Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » à la demande du ministère du travail (2)
2013	Accord cadre relatif à la prévention des RPS dans la fonction publique (3)
2016	Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé par le ministère de la santé (4)
2018	Mission devant définir les enjeux et les objectifs des risques professionnels et en particulier sur la question de la qualité de vie au travail et des RPS, par les 2 ministères du travail et de la santé (5)
2018	Observatoire de la Qualité de vie au travail des Professionnels de Santé et du Médico-Social mis en place par le ministère de la santé (6)

Par ailleurs de nombreux référentiels nous sont fournis par des organismes nationaux comme la Haute Autorité de Santé (HAS) (7), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) (8) ou l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) (9).

2. Jusqu'à aujourd'hui, les risques psychosociaux n'ont pu être définis scientifiquement ni juridiquement. Nous pouvons retenir la définition donnée dans le rapport Gollac : « Les risques psychosociaux au travail sont des risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » (2). Ils sont difficiles à appréhender car évoluent au carrefour des sphères

personnelle et professionnelle, sur un mode subjectif et concentrant de multiples causes. Afin d'en déterminer des indicateurs mesurables, ils ont été regroupés en 6 grandes catégories : l'intensité et le temps de travail, les exigences émotionnelles, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux, la souffrance éthique et l'insécurité de la situation de travail.

3. Bien qu'il faille prendre les chiffres avec beaucoup de circonspection, de multiples études ont fait état d'une atteinte importante de ces risques parmi les professionnels de santé. Ainsi l'enquête SUMER (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels) de 2010 (10) a pu mettre en évidence que la fonction publique hospitalière était un secteur particulièrement à risque en termes de facteurs de risques psychosociaux. Les agents seraient plus nombreux que la moyenne à déclarer un manque de reconnaissance professionnelle et la demande psychologique y serait beaucoup plus marquée que dans le secteur privé. Ces salariés apparaîtraient plus tendus et seraient plus nombreux à penser qu'on leur demande d'effectuer une quantité de travail excessive. Parmi eux, les aides-soignantes et les infirmières seraient particulièrement concernées.

B. Constats de la souffrance au travail par le SST du CHR et indicateurs

1. Présentation du CHR

Le Centre Hospitalier Régional Metz-Thionville est un établissement public de santé placé sous la Tutelle du Ministre chargé de la Santé et de ses représentants le Préfet du Département et le Directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Etablissement bi-site composé de 7 structures, il comprend les hôpitaux de Thionville et d'Hayange dont j'ai la charge en qualité de médecin du travail. Avec une capacité de plus de 2000 lits et places et 5900 personnels, il est l'établissement de référence pour un bassin de population de 600 000 habitants. Par ailleurs, il représente la structure têtère du Groupement Hospitalier de Territoire Lorraine Nord.



2. CHSCT et Document Unique

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) est une instance du CHR, chargé de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des agents, à l'amélioration des conditions de travail et à la prévention des risques professionnels. Il assure à la fois des missions de contrôle, d'études, d'enquêtes et de prévention. Il est présidé par le Directeur des Ressources Humaines

et des Ecoles (DRHE) et il est composé des représentants du personnel non médical et médical. Le médecin du travail y assiste avec voix consultative.

3. Constats et Indicateurs du SST

Depuis 2013, nous avons assisté à une augmentation croissante des visites médicales sur demande des salariés ou de leur encadrement en lien avec des problématiques psychosociales (de 47 en 2014, elles ont atteint 74 en 2015, 75 en 2016 puis 104 en 2017). Des visites sollicitées en « urgence » sont passées de 19 à 48 entre 2016 et 2017.

Les symptomatologies cliniques décrites au cours de ces visites, font état sur le plan somatique de céphalées, troubles du sommeil, troubles digestifs, hypertension artérielle, troubles alimentaires ; et sur le plan psychique : fatigue, épuisement, anxiété, nervosité, irritabilité, agressivité, syndromes dépressifs.

Les prises en charge thérapeutiques comprennent des thérapies médicamenteuses (anxiolytiques, anti-dépresseurs et hypnotiques) ainsi que des suivis psychologiques ou psychiatriques.

Les conséquences ressenties sur les activités professionnelles sont multiples : baisse de vigilance (craintes d'accidents ou d'erreurs professionnelles), culpabilité par rapport aux prises en charge patients considérées comme insuffisantes ou de moins bonne qualité, valeurs éthiques bafouées, allant parfois jusqu'à des sentiments de maltraitance, perte de communication, diminution de l'empathie professionnelle. Des ressenties de lassitude, de démotivation, pouvant aboutir à la perte du sens du métier.

Les conséquences sur leur vie privée et sociale : repli sur soi, conjugopathie, répercussions sur la prise en charge de leurs enfants, diminution des activités sociales

Les causes incriminées : absentéisme non remplacé, effectifs insuffisants, surcharge de travail, stress majoré, sentiment d'isolement, d'insécurité, mutualisation des services, mobilité des agents, modification des plannings et rappels sur les jours de repos, épuisement physique et psychique.

Les causes et les conséquences se mélangent et se renforcent mutuellement créant des cercles vicieux d'où il semble très difficile de s'y soustraire.

Deux particularités importantes à signaler : la survenue de situation de détresse en 2016 parmi le personnel d'encadrement (fait nouveau), et à partir de 2017 (confirmé en 2018), parmi les personnels médicaux (fait nouveau).

De nombreuses alertes (8 en 2017) ont été faites par notre service auprès des différentes directions concernées.

A partir de 2018, nous avons constaté une diminution des visites sur demande du salarié, mais en contrepartie, nous avons assisté impuissants à de plus en plus de demande de disponibilité, de démission voire d'abandons de poste tant de la part de personnels non médicaux que médicaux.

4. Procédure mise en œuvre pour accompagner les agents

Suite à ces différentes alertes, nous avons mis en place dès 2016, des plages horaires spécifiques afin de pouvoir recevoir en visite médicale plus rapidement les personnels impactés. Nous avons augmenté notre vigilance et les secrétaires et infirmières du service devaient nous prévenir dès qu'une situation de souffrance au travail était portée à la connaissance de notre service. Il était important pour nous d'assurer notre rôle d'alerte et surtout de soutien auprès des personnels, de leurs représentants que des directions. Dans la stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, de 2016, « *Prendre soin de ceux qui nous soignent* » (4), la ministre de la santé avait souhaité dans son engagement numéro 3, revaloriser la médecine du travail et généraliser les services pluriprofessionnels de santé au travail. Les objectifs étaient de constituer « *une cellule d'écoute pour les personnels en difficulté et contribuer également, en lien avec les directions des établissements, à un accompagnement personnalisé des professionnels en situation de fragilité professionnelle ou personnelle* ». Par ailleurs, de nombreux travaux ont démontré le poids du soutien social comme facteur de protection qui permet de ne pas laisser l'individu seul avec ses difficultés. Tous les membres des services de santé au travail quels qu'ils soient (assistante administrative, infirmière ou médecin), leurs collaborateurs (psychologue du personnel ou du travail, assistante sociale du personnel, conseiller en prévention des risques professionnels) peuvent contribuer à apporter ce soutien social, qu'il soit d'ordre émotionnel (affection et protection), d'estime (rassurer le sujet sur sa valeur, ses qualités et compétences), matériel (assistance concrète) ou informatif (conseils, suggestions, renseignements).

Ainsi, il m'est apparu que la relation d'aide pouvant être réalisée par le service de santé au travail devait être non seulement instituée ou maintenue, mais aussi reconnue et améliorée par toutes les techniques que ce soient. (11)

C. La relation d'aide selon Carl Rogers

1. Définition d'une relation d'aide

La « relation d'aide » désigne l'accompagnement psychologique, professionnel ou non, le plus souvent sous forme d'entretiens en tête à tête, de personnes en situation de détresse morale ou en demande de soutien. Dans le cadre des approches de la psychothérapie, les principes de la relation d'aide découlent principalement de travaux de Carl Rogers et d'Abraham Maslow dans la seconde moitié du XXème siècle. (12). Il s'agit d'un soin relationnel qui correspond à la capacité d'un soignant à amener toute personne en difficultés à mobiliser ses ressources pour mieux vivre une situation.

2. Carl Rogers

Carl Rogers, (1902 – 1987) est un psychologue humaniste américain. Il a principalement œuvré dans les champs de la psychologie clinique, de la psychothérapie, de la relation d'aide, de la médiation et de l'éducation. Ses travaux ont essentiellement porté sur les relations interpersonnelles auxquelles appartiennent tous les genres de relations thérapeutiques.



La relation d'aide développée par Rogers a pour fondement deux objectifs à atteindre : en premier lieu, inciter une personne à utiliser ses propres ressources plutôt que de lui imposer des solutions venant de l'extérieur : « *Les personnes ont en elles de vastes ressources pour se comprendre et changer de manière constructive leur façon d'être et de se comporter. Ces ressources deviennent disponibles et se réalisent au mieux dans une relation définissable par certaines qualités.* » (13); et en deuxième lieu, chercher à favoriser la « *croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie* » (14).

Sa méthode met essentiellement l'accent sur la qualité de la relation entre le thérapeute et le patient. Congruence, considération positive inconditionnelle et empathie, sont les 3 attitudes fondamentales du psychothérapeute ; auxquelles se rajoute « *le degré de conformité existant entre la réaction du conseiller et l'intensité de l'expression affective du client* » (14). En 1950, cette approche avait été introduite en France sous l'appellation de méthode non-directive, alors que Rogers l'avait déjà dénommée « Approche Centrée sur la Personne » ou ACP.

Les 5 paragraphes suivants vont développer les conditions nécessaires selon Rogers, à induire une relation d'aide efficace.

3. Comment créer « une relation d'aide » ? ou les bonnes conditions d'un entretien [2]

Lorsque le soignant souhaite s'engager dans une relation d'aide, Rogers l'encourage à se poser les 10 questions suivantes qui décrivent d'une part les attitudes de la personne « *aidante* » et d'autre part, la perception qu'a la personne « *aidée* » de la relation.

Suis-je digne de confiance ? Il s'agit non seulement de respecter l'heure du rendez-vous, la confidentialité des entretiens ; mais surtout « *être ce que je suis au plus profond de moi-même. C'est-à-dire adopter une attitude en accord avec ce que j'éprouve pour être intégré et unifié* » ce que Rogers nomme la « *congruence* ».

Est-ce que je me montre tel que je suis ? La communication est sans ambiguïté et le langage non verbal est en accord avec le verbal. Il s'agit de « *s'écouter* » soi-même, de reconnaître ses propres sentiments

DIU soigner les soignants

Suis-je capable d'éprouver des attitudes positives envers l'autre ? C'est ressentir de la chaleur, de l'attention, de l'intérêt et du respect qui sont des sentiments positifs. Il s'agit de se libérer de ses mécanismes de défense par crainte de ne pas établir la bonne distance « *professionnelle* ».

Puis-je avoir une personnalité assez forte pour être indépendant de l'autre ? Suis-je capable de respecter mes propres sentiments, et respecter en même temps les siens. Il s'agit de ne pas être angoissé par sa propre angoisse, ni absorbé par son besoin de dépendance. Rester en fait une personne séparée. Alors je peux me consacrer plus entièrement à lui et l'accepter sans crainte de me perdre moi-même

Ma sécurité interne est-elle assez forte pour lui permettre d'être indépendant ? C'est laisser à l'autre la liberté de se développer une personnalité différente de celle de l'aidant ; pour rester indépendant. Je ne dois pas servir de modèle ou induire de conformisme.

Puis-je entrer dans les sentiments d'autrui et les voir sous le même angle que lui ? Puis-je entrer complètement dans son environnement pour le voir comme lui se voit ; avoir assez de sensibilité pour m'y mouvoir, sans ni l'évaluer ou le juger.

Suis-je capable d'accepter l'autre tel qu'il se présente ? J'accueille l'autre comme il est sans condition sans crainte ni appréhension. Pour y arriver il est nécessaire que je me développe moi-même.

Suis-je capable d'agir avec assez de sensibilité sans être perçu comme une « menace » ? Ne pas réagir exagérément aux sentiments de l'autre, pour qu'il arrive à accepter ses conflits internes apparaissant comme menaçants

Puis-je le libérer de la crainte d'être jugé par les autres ? Puis-je le libérer de la crainte d'être jugé par les autres ? L'objectif est d'atteindre un niveau de développement qui n'inclut pas de jugement de valeurs dans le discours et ainsi faire de l'autre une personne qui prend ses propres responsabilités.

Suis-je capable de le voir comme une personne en devenir ? C'est ne pas être enchaîné à son passé et au mien. Il s'agit de « *confirmer* » l'autre dans toutes ses potentialités

A partir de ces questions qu'il est intéressant de se poser régulièrement pour établir une relation sécurisée et confiante vont découler les 3 attitudes ou qualités fondamentales que l'aidant se doit d'acquérir pour promouvoir la croissance de la personnalité de l'aidé.

4. Les 3 qualités d'un « aidant » pour faciliter la croissance psychologique : (14)

a) la congruence ou authenticité

- savoir s'écouter et s'accepter tel que l'on est
- savoir exprimer ouvertement les sentiments qui nous habitent de l'intérieur
- sentiments en cohérence avec des attitudes disponibles à sa conscience
- et être capable de les communiquer au moment opportun.

Rogers précise que personne ne peut atteindre pleinement cet état de conscience. Cependant, « *plus le thérapeute sera vrai et congruent dans ses relations plus le changement de personnalité aura de chances de se produire chez l'aidé* ». (14) Par ailleurs, plus la relation sera authentique et plus l'aidant se sentira à l'aise dans son « *intérieur ou insight* », donc plus libre.

a) la considération positive inconditionnelle ou acceptation de l'aidé

- adopter une attitude chaleureuse, positive et réceptive des sentiments qui habitent l'aidé, sans réserve ni jugements
- admettre et apprécier ce qui « *est* » dans les ressentis de l'aidé; par exemple des émotions de peur, colère, haine, douleur, orgueil ou amour, courage...

b) la compréhension empathique

- deviner les sentiments éprouvés par l'aidé et les percevoir « de l'intérieur »
- communiquer quelque chose de cette compréhension. Cependant, cela est complètement différent de dire « *je vous comprends...* » qui est plutôt une analyse venue de l'extérieur
- arriver « *à saisir ce que le client éprouve à l'intérieur comme il le voit et le sent* »
- sans y dissoudre sa propre identité

Ainsi, plus le thérapeute sera vrai et congruent dans ses relations, plus il admettra de façon positive les sentiments traversants l'aidé, plus il les ressentira à son tour et plus le changement de personnalité aura des chances de se produire chez l'aidé. En effet ce dernier percevra ces comportements d'écoute bienveillante qui favoriseront l'acceptation de ses propres sentiments. Il aura tendance à abandonner ses processus défensifs et une dynamique d'évolution positive se mettra progressivement en place. A travers les entretiens et les expériences ressenties des changements apparaîtront dans son comportement qui seront les résultats d'une relation d'aide aboutie. (14).

5. Observations préalables à la mise en œuvre de la relation d'aide (15).

a) Le patient est-il sous tension ?

Selon Rogers, la consultation ne pourra apporter de l'aide que « *si la détresse psychologique a atteint un degré tel qu'elle est facteur de déséquilibre* ». Ces tensions peuvent être d'origine psychique en lien avec des conflits de désirs mais dans le monde de l'entreprise « *causées, au moins en partie, par des exigences de l'environnement entrant en conflit avec les besoins de l'individu* ». Les facteurs de risques psycho-sociaux sont une des causes prépondérantes de déstabilisation des individus qui n'arrivent plus à s'adapter pour surmonter les exigences et les contraintes de l'entreprise.

b) Le patient est-il en capacité de faire face ?

Il est nécessaire d'évaluer l'aptitude de la personne à « agir dans le sens d'une transformation » et lui permettre ainsi de s'adapter. Cependant si d'autres moyens pouvant influencer sur l'environnement extérieur existent pour résoudre la détresse, il conviendra de s'y appuyer et de les mettre en œuvre afin de traiter efficacement la problématique.

c) Le patient est-il en capacité de recevoir de l'aide ?

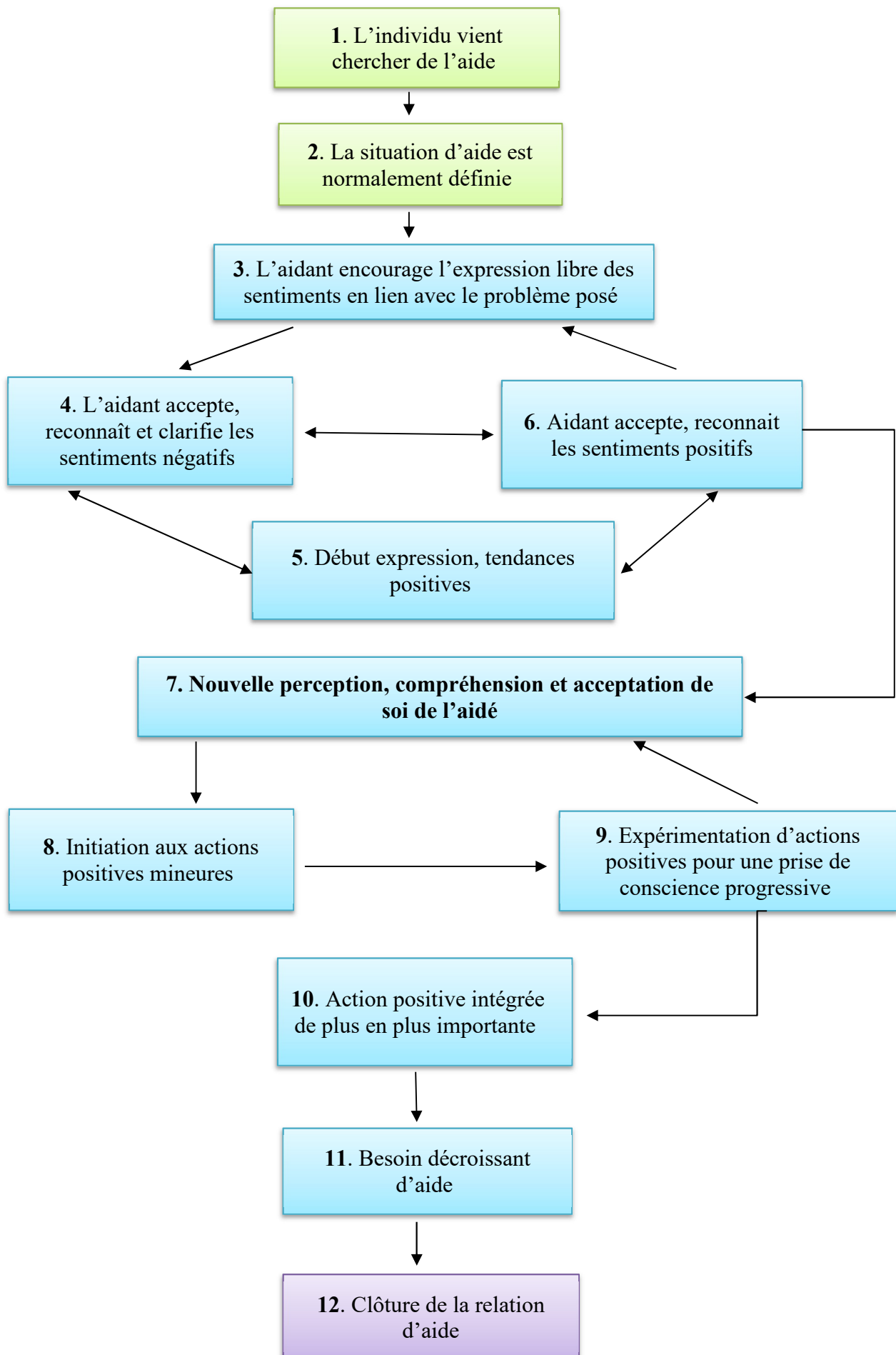
Pour réussir un accompagnement il faut se poser la question fondamentale de savoir si la personne reconnaît consciemment vouloir de l'aide. Quand ce besoin est fort, les chances d'aboutir seront nettement favorisées. S'il existe une résistance provenant du fait que la personne a été amenée contrainte par quelqu'un ayant « autorité », la relation sera plus difficile.

6. Le processus thérapeutique : étapes caractéristiques selon Rogers (15).

Carl Rogers décrit dans son ouvrage « *La relation d'aide et la psychothérapie* », les différentes étapes du processus thérapeutique. Celles-ci montrent l'évolution des ressentis exprimés non seulement par l'aidé, mais aussi par l'aidant en complète interaction. Ce procédé permet quand il est réussi, la maturation psychique de la personne aidée, l'amenant progressivement de sa détresse psychologique à la mise en œuvre d'actions positives lui permettant d'y faire face.

Voici un logigramme reprenant les étapes et qui peut servir de guide. Rogers précise cependant que les étapes sont placées dans un ordre particulier mais que ce ne sont pas des moments séparés, elles peuvent s'entrecroiser régulièrement avant d'aboutir au résultat final.

**ETAPES CARACTERISTIQUES DU PROCESSUS THERAPEUTIQUE
SELON Carl ROGERS (15)**



7. Les 4 caractéristiques fondamentales de la relation selon Rogers: (15)

Mise en œuvre d'attitudes développant :

- une ambiance chaleureuse et affective, favorisée par l'empathie de l'aidant mais tout en posant des limites déterminées au préalable. Porter intérêt et sensibilité aux besoins de la personne par des manifestations authentiques mais tout en contrôlant sa propre identification pour servir au mieux les intérêts de l'aidé.

- une permissivité de l'expression des sentiments avec absence d'attitudes moralisatrices ou de jugements qui pourraient les bloquer.

- des limites thérapeutiques déterminées qui s'imposent à l'aidé: la durée des entretiens, toutes manifestations agressives physiques ou verbales envers l'aidant ou d'autres personnes non tolérées ; la non responsabilité pour l'aidant des problèmes et des solutions évoqués et une affectivité cadrée.

Ces limites sont indispensables car elles fournissent un cadre structurant au thérapeute lui garantissant une liberté d'actions sans nécessité de mettre en place ses propres mécanismes de défense qui ne permettraient pas à la relation d'aide d'aboutir.

- une absence de toute forme de pression ou de coercition de la part de l'aidant. Principe majeur à respecter dans la relation qui diffère des autres relations interpersonnelles habituelles.

L'atmosphère ainsi créée favorisera l'authenticité de la personne et la baisse de ses mécanismes de défense. N'ayant plus besoin de se protéger, elle pourra mettre en œuvre ses choix d'actions pour affronter le monde en général et celui de l'entreprise en particulier.

II. OBJECTIF de notre Travail :

Confronter l'analyse de l'accompagnement mis en œuvre dans notre service de santé au travail à la méthode de Carl Rogers, afin de la perfectionner et in fine d'améliorer la prise en charge des agents hospitaliers en souffrance.

L'objet de ce travail est de me servir des travaux et préceptes de Rogers pour les soumettre à ma propre expérience afin de poser de nouvelles hypothèses personnelles.

III. METHODE

A. Situations cliniques choisies dans notre pratique

1. Population prise en charge et missions

Le service de santé au travail (SST) du site de Thionville prend en charge les personnels des établissements de l'Hôpital Bel Air de Thionville et de l'hôpital d'Hayange. L'effectif en « équivalent temps plein » s'élève en moyenne à 2 400 personnes. L'équipe est constituée de 2 médecins (1 médecin tuteur et 1 collaborateur médecin) de 3 infirmières et de 2 assistantes administratives à temps partiel.

Les dispositions générales du Code du Travail (art. R 4621-1 à 4625-20) relatives aux services de santé au travail des entreprises s'appliquent aux établissements publics de santé sous réserve de dispositions particulières d'organisation (art. D 4626-1 à D 4626-35).

Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ainsi, ils (art. L 4622-2) :

- conduisent des actions pour préserver la santé physique et mentale
- conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants pour éviter ou diminuer les risques professionnels, améliorer les conditions de travail, prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur les lieux de travail, prévenir le harcèlement moral ou sexuel, prévenir ou réduire la pénibilité et la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi
- assurent la surveillance de l'état de santé en fonction des risques et de leur âge
- participent au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire

2. Types de visite médicale effectuées

Les agents font l'objet d'examens médicaux et notamment :

- un examen avant leur prise de fonction (art. R 4626-22)
- un examen au moins une fois tous les 24 mois (art. R 4626-26)
- un examen de reprise du travail après un congé maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, une absence d'au moins 30 jours pour accident du travail, maladie ou à l'initiative du médecin du travail pour une absence d'une durée de moins de 30 jours (art. R 4626-29)

-indépendamment de ces examens, le travailleur bénéficie, à sa demande ou à celle de l'employeur, d'un examen par le médecin du travail (art. R 4624-34).

Un dossier médical est constitué pour chaque agent et le médecin établit une fiche médicale d'aptitude à l'issue des examens. Celle-ci mentionne uniquement les contre-indications et recommandations concernant l'affectation à certains postes de travail.

3. Caractéristiques des situations cliniques choisies :

Afin d'analyser ma pratique professionnelle à travers la relation d'aide mise en œuvre au sein du service, j'ai décidé de recueillir, à l'aide de notre logiciel, toutes les visites sur « demande du salarié » et sur « demande du médecin du travail » ayant eu lieu entre le 1er janvier 2017 et le 30 juin 2019. Ces 2 types de visite ont lieu hors d'un cadre réglementaire et de fait obligatoire. Les visites sur « *demande du salarié* » sont des demandes spontanées de la part d'agents ayant besoin d'aide à un moment donné de leur cursus professionnel. En fonction de la problématique soulevée et des réponses apportées, un suivi peut être proposé par le médecin du travail et donner lieu à des visites ultérieures.

Parmi les nombreux agents ayant bénéficié de ces 2 types de visite, 9 se démarquaient en comptabilisant plus de 5 visites. De même, sur la période définie de 30 mois, ces personnes avaient réalisé entre 6 et 21 entretiens avec le médecin du travail, tous types de visites médicales ou d'entretiens téléphoniques confondus. Ce qui apparaissait comme un nombre suffisant de rencontres permettant un accompagnement conséquent.

Visites sur demande du salarié et visites sur demande du médecin du travail réalisées entre le 01/01/2017 et le 31/06/2019

184.....Total **410 visites médicales**.....226

Dont 9 personnes comptabilisaient entre 5 et 9 visites chacune

Analyse des 9 dossiers médicaux

Comprenant entre 6 à 21 entretiens chacun

Total : 95 entretiens

Les entretiens et les visites médicales ont lieu dans le bureau du médecin du travail, sous forme de colloque singulier. La planification des visites se fait à partir de l'agenda du médecin sur des plages d'une demi-heure organisées sur des demi-journées de consultation définies. Parfois la visite médicale a dû être réalisée en urgence selon l'état de santé exprimé par les agents.

B. Critères déterminés pour analyser notre pratique

Après avoir procédé au recueil des situations cliniques retenues, nous avons déterminé les critères objectifs et subjectifs qui serviront à l'analyse de notre pratique professionnelle. Pour cela, nous avons travaillé à partir des dossiers médicaux des 9 agents et de leur contenu alimenté au fur et à mesure des visites médicales. Il s'agit d'une analyse réalisée « *a posteriori* » des relations d'aide.

Choix des critères recueillis à l'aide des recommandations de Carl Rogers et adaptés à notre pratique de médecin du travail

1. Critères socio-démographiques de notre échantillon

- Sexe, âge, statut marital
- Fonction et Service d'appartenance,
- Visite initiale à la demande d'aide : type de visite, spontanée ou favorisée par un tiers

2. La relation d'aide mise en œuvre à la visite médicale initiale

- Les 3 observations préalables : l'agent est-il sous tension ? en capacité de faire face ? en capacité de recevoir de l'aide ?
- Les caractéristiques de la relation d'aide : Problématique initiale posée, demande d'aide définie, sentiments négatifs exprimés par les agents, retentissement sur la santé exprimé, accord de principe de suivi en SST
- Les 4 ambiances fondamentales de la relation

3. L'évolution de la relation d'aide

- Nombre et types d'entretiens effectués
- Sentiments négatifs et positifs exprimés par les agents
- Retentissement sur la santé
- Actions positives évoquées et mises en œuvre
- Maturation psychique et Changement de comportement
- Visite de clôture (a posteriori)

4. Attitudes du médecin du travail pour créer une ambiance propice

- Congruence
- Considération positive
- Compréhension empathique

IV. RESULTATS

A. Critères socio-démographiques de notre échantillon. (cf Tableau en Annexe 1)

1. Sexe, âge, statut marital

Notre échantillon est composé de 9 agents, titulaires de la fonction publique hospitalière

- Sexe ratio : 8 femmes / 1 homme
- Âge échelonné entre 28 et 59 ans : 7 personnes âgées de 47 ans et plus (Âge moyen de 47.5 ans)
- 8 sur 9 vivent en couple

2. Fonctions et services d'appartenance

- 7 personnes exercent le métier d'infirmier, dont une cadre de santé, 1 aide-soignant et 1 ouvrier
- 8 personnes sur 9 sont des soignants
- 5 exercent en service de médecine, 2 en chirurgie, 1 au bloc opératoire et 1 aux ateliers

3. Type de visite à la visite initiale de la relation d'aide :

- 8 visites spontanées : 4 à la demande du salarié lui-même, 4 sur demande d'un tiers (3 de l'encadrement et 1 d'un collègue), dont 1 visite sollicitée par le salarié et son cadre simultanément
- 1 visite réglementaire de reprise après maladie : 2 situations survenaient suite à un accident de travail
- A l'issue des visites médicales une fiche d'Aptitude peut être rédigée en précisant l'aptitude ou non au travail et assortie ou non de recommandations ou restrictions médicales en lien avec l'état de santé

4. Contexte professionnel et familial :

- Aucune des 9 personnes n'a fait état d'un contexte familial ressenti comme difficile. Au contraire, le soutien familial est majoritaire ; confirmé par questionnement (non abordé dans 1 cas)
- Le contexte professionnel a été évoqué 6 fois sur 9 comme étant un facteur largement prédominant dans la problématique initiale suite à des surcharges de travail, manque de reconnaissance, difficultés relationnelles ou conflit d'éthique
- Dans 3 cas sur 9 la problématique initiale rencontrée concernait un problème de santé et/ou social, a priori non en lien avec les ambiances de travail. Mais dans 2 cas il faisait suite à un accident de travail
- Dans 4 cas, les personnes étaient en arrêt de travail lors de la visite initiale ; dont 2 de façon prolongée (suite à des Accidents de Travail)

B. Création d'une ambiance propice à la relation d'aide ou Caractéristiques environnementales des entretiens médicaux

De l'accueil téléphonique pour la prise du rendez-vous à l'aurovoir qui précède la sortie du service, nous essayons de créer dans notre service de santé au travail, un environnement favorable à la relation d'aide.

- Les assistantes administratives sont formées à recevoir des appels de personne en situation de « détresse morale » : écoute bienveillante, voix apaisante sont de mises pour faire diminuer la tension. Elles s'enquière des raisons « graves ou urgentes » de l'appel. Elles préviennent les médecins rapidement en cas de signes de stress manifestes.
- Un poste radio diffuse de la musique dans la salle d'attente pour détendre et participer à la confidentialité des propos tenus dans les bureaux ; nos portes n'étant pas suffisamment insonorisées.
- Le 1^{er} contact se fera avec une infirmière de santé au travail, en attendant parfois la disponibilité du médecin si le rendez-vous n'a pu être programmé à l'avance.
- Nous insistons aussi sur l'ambiance pouvant être perceptible dès l'arrivée des personnes dans le service. Ainsi, nous essayons de nous réguler mutuellement lors de nos relations interpersonnelles en : modérant l'intensité et le débit de nos voix, limitant les interruptions de parole, les interruptions de tâches, en choisissant un vocabulaire adapté et respectueux de chacun...

C. La relation d'aide mise en œuvre à la visite initiale. Cf Tableau Annexe 1 page 40

Une analyse de la visite initiale des 9 situations cliniques a été réalisée selon les critères choisis.

1. Les 3 observations préalables du comportement et des capacités de l'aidé(15).

a) L'agent est-il sous tension ?

Dans 5 cas sur 9, l'agent présentait un état de stress apparent avec des manifestations du registre psychique : nervosité, pleurs, angoisse, troubles du sommeil, ruminations avec parfois signalement d'atteinte cognitive : perte mémoire, difficulté de concentration...mais aussi d'atteintes somatiques comme des palpitations, paresthésies ou troubles digestifs (situations 3,5,7,8 et 9).

Un syndrome anxio-dépressif était présent et exprimé dans 8 cas sur 9 (exception de la situation n°2). Il était parfois chronique, en cours de suivi et de traitement dans 4 cas. Il était majoré dans 3 cas avec un état d'épuisement avéré (situations 5,6 et 7) et d'idées suicidaires dans 2 cas (cas n° 5 et 7).

DIU soigner les soignants

Une exposition à des facteurs de RPS était précisée dans 6 cas : difficultés relationnelles dans l'équipe (6 cas) ou avec l'encadrement (cas n°2), une surcharge de travail liée à de l'absentéisme non remplacé et des conflits de valeur dans 5 cas. Une mesure disciplinaire était en cours dans 1 cas (n° 9).

b) L'agent est-il en capacité de faire face ?

Dans 7 cas, l'agent n'apparaissait pas en capacité de faire face, soit parce que les manifestations de détresse étaient trop importantes (2 cas), soit parce qu'il ne se considérait pas concerné par la problématique du fait d'une part plus ou moins importante de déni (3 cas).

c) L'agent est-il en capacité de recevoir de l'aide ?

Dans 6 cas, l'agent n'apparaissait pas en capacité de recevoir de l'aide du fait de l'absence de remise en question dans 2 cas ou parce qu'il était dans un comportement de déni dans 3 cas ou dans un état de détresse trop avancé dans 1 cas.

Si nous mettons en parallèle ces 3 questions : une réponse négative aux 2 dernières allaient de pair dans 6 cas (Situations 1, 2, 3, 7, 8 et 9). Sauf dans un cas de grand épuisement physique et surtout mental (situation n° 5).

2. Les caractéristiques de la relation d'aide :

a) Problématique initiale posée

Dans toutes les situations, la problématique a pu être posée dès la visite initiale mais de façon incomplète dans 4 cas. Ceci peut être expliqué dans 1 cas du fait d'une problématique cachée par des manifestations physiques (somatisation chez n°1). Celle-ci apparaîtra seulement après plusieurs entretiens. Dans les autres cas, il s'agirait plus d'une ambiance non suffisamment sécurisée car située en début de relation. Un climat de confiance entre les deux protagonistes s'instaurera au fur et à mesure des entretiens en apprenant à se connaître mutuellement.

Ce critère est en lien avec l'ambiance chaleureuse et affective qui n'a pu être créée complètement à la visite initiale dans 6 cas.

b) Demande d'aide définie

De même, la demande d'aide n'a pas pu s'exprimer de façon claire dans les 6 cas où une ambiance chaleureuse n'était pas retrouvée (n°1,2,3,4,7,9). Il existe là un lien direct entre ces 3 critères.

c) Sentiments négatifs exprimés par les agents

Dans 5 cas, de nombreux sentiments négatifs ont pu être exprimés : sentiment d'isolement et même de mise à l'écart (dans 2 cas 3 et 4), d'accusation, d'agression, d'impuissance à faire changer la

situation, de culpabilité. Dans 2 cas de surinvestissement et d'épuisement, on retrouve des sentiments de responsabilité devant être assumée. (n°6 et 7).

d) Retentissement sur la santé exprimé

Nous retrouvons globalement dans 4 cas un lien direct entre des sentiments négatifs exprimés fortement, une problématique bien définie et un retentissement anxiodépressif conséquent. A contrario, une personne dans le déni de sa situation, aura plus de mal à clarifier la problématique, la reconnaître et à exprimer des sentiments négatifs. Nous pouvons supposer alors qu'il leur faudra plus de temps pour s'accepter ainsi et du coup modifier leur comportement. Cela sera à vérifier dans les visites ultérieures.

e) Sentiments positifs exprimés

Dans 6 cas sur 9, les personnes ont exprimé un amour de leur métier manifeste et une volonté de poursuivre leur investissement. Elles ressentent une certaine responsabilité dans l'emploi occupé qu'elles se doivent de tenir pour ne pas faillir à leur engagement auprès des patients et des équipes.

f) Accord de principe de suivi en SST

A ce stade, un accord de principe pour un suivi est reconnu de façon implicite dans seulement 4 cas. Dans 2 cas il ne semble pas utile et dans un cas il est imposé (situation n° 2).

g) Actions positives abordées

Malgré cela, il a été retrouvé, dès la visite initiale une esquisse de propositions d'actions positives dans les 4 cas qui présentaient un épuisement majeur, un surinvestissement et un sens de la responsabilité (n°3,5,6,7). Dans 3 cas, un souhait de progresser dans la connaissance de soi (n°5,6,7). Dans 2 cas, un souhait de changer de service (n°6 et 9) (pour fuir n°9).

3. Les 4 ambiances fondamentales de la relation

a) Ambiance chaleureuse et affective

Dans 3 cas seulement, l'ambiance chaleureuse est affective était retrouvée (n°5,6,8). Dans 5 cas, de la réassurance et des encouragements ont été dispensés par l'aidant (n°3,4,5,6,7) ; à chaque fois dans les situations de tension majeure, d'épuisement, et de retentissement conséquent sur la santé.

Dans un cas (n°2), mon comportement était investigateur, dans un entretien directif avec des questions incessantes.

Je reconnais avoir eu du mal à créer cette ambiance chaleureuse dans 2 autres cas où au fond de moi, je reconnaissais, poser des jugements de valeurs à leur rencontre du fait de ma connaissance antérieure de la problématique du service (n°2 et 9).

b) Permissivité de l'expression des sentiments

Les sentiments des agents ont pu être exprimés dans un climat d'acceptation totale dans 8 cas sur 9 (excepté n°2). Ils ont été entendus et compris totalement dans 3 cas. Mais dans 4 cas, cette expression n'a pu se faire complètement du fait soit de déni de l'aidé (n° 2 et 9), soit de la mise en place de mécanismes de défense de la part de l'aidé (4 cas, n° 2,3,7,9) ; mais aussi de la part de l'aidant dans 3 cas (n°2,3,9). Dans la situation n°2, les 3 raisons sont entrées en ligne de compte.

Les situations où je ne me sentais pas complètement libre de recevoir et d'accepter les sentiments des agents, c'était lorsque j'avais au préalable eu connaissance de la problématique du service selon un seul point de vue. J'ai bien essayé de rester neutre lors des entretiens, mais ma partialité a été mise en défaut. En tant que médecin du travail, et en qualité d'aidant, je dois me retenir de tout jugement de valeur pour rester en totale liberté de recevoir et de décider des actions à mettre en œuvre.

c) Les limites thérapeutiques posées

Dans la majorité des cas, les entretiens ont pu se faire dans un cadre défini de lieu et de temps.

Dans 2 cas, il m'a fallu canaliser les logorrhéiques, surtout quand ceux-ci sont en détresse (n°4 et 5). Les entretiens duraient en moyenne, une demi-heure qui pouvait se trouver dépassée en fonction du nombre et de l'intensité des sentiments exprimés. Pour faciliter la clôture du RV, j'ai pris l'habitude de reformuler les besoins de façon synthétique puis de proposer des pistes d'actions possibles en faisant confirmer à la personne son souhait de poursuivre le suivi.

Il est très rare, mais cela s'est déjà produit que la personne reçue montre une certaine agressivité verbale envers sa hiérarchie ou le médecin du travail. Cela peut s'expliquer lorsqu'il y a un ressenti de « pressions » exercées envers elle et en lien avec son comportement.

d) Absence de toute forme de pression ou de coercition et visite de clôture

En fin d'entretien, le médecin du travail peut influencer plus ou moins fortement soit vers un retour au travail, soit plutôt proposer un arrêt lorsque la détresse psychologique est très intense et empêche toute activité professionnelle. Cela peut aussi être une mise à l'écart des événements stressants pour permettre une reconstruction de la personnalité.

La visite initiale s'est clôturée soit par la poursuite de l'arrêt en cours (n°1,5,6,8), dans 2 cas le refus de l'arrêt suggéré (n°3 et 7) et dans 2 cas une aptitude avec restriction en lien avec l'état de santé (n° 2 et 4). Dans un cas la restriction médicale était mal vécue par la personne (n°2).

Dans chaque cas, des conseils sont prodigués sur la poursuite des prises en charge médicales ou sur un comportement à adopter pour limiter le stress professionnel (ne pas lire ses mails professionnels à domicile). Un conseil donné au cas n°1 n'était pas du tout adapté à la situation vécue et a posteriori j'aurais dû m'en abstenir.

D. Relation d'aide au cours des visites ultérieures : Cf *Tableau Annexe 2 page 41*

Nous allons poursuivre l'analyse des 9 situations au cours des visites médicales ou entretiens qui ont suivi la visite initiale. A savoir que les agents n'ont pas l'obligation de se présenter à la visite sauf si celle-ci se fait dans un cadre réglementaire (visite de reprise maladie par exemple).

1. Nombre et types d'entretiens effectués

Sur la période définie du 1er janvier 2017 au 31 juillet 2019, soit 30 mois, 95 entretiens ont été effectués et recueillis dans les dossiers médicaux en santé au travail des 9 agents. Les entretiens téléphoniques sont demandés généralement par les agents, pour nous tenir informés de leur situation. Quand ils sont en « détresse », ils préfèrent nous rencontrer en visite médicale sur leur demande.

La moitié des entretiens se sont faits sur demande des agents (50/95) pour nous tenir informé ou obtenir des avis concernant :

- leur situation administrative d'arrêt de travail, une demande de congé longue maladie ou de reprise du travail à temps plein ou à temps partiel thérapeutique.
- leur état de santé
- des difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel...

Parmi les 95 entretiens réalisés, on note 28 visites sur demande du salarié, 28 sur demande du médecin du travail, 10 visites de reprise, 4 visites sur demande d'un tiers (encadrement ou collègue), 23 entretiens téléphoniques et 2 visites périodiques.

Les visites qui ont fait suite à la visite initiale seront appelées « visites ultérieures ».

Nous constatons que :

- Quel que soit le type de visite initiale, et en l'occurrence même lorsqu'il s'agissait d'une demande d'un tiers, le suivi proposé a été majoritairement accepté et suivi.
- Les visites sur demande du salarié et du médecin du travail s'équilibrent. Cependant, nous pouvons noter que dans 5 cas les sollicitations des agents représentent plus du double des visites obligatoires ou proposées (Visites de reprise, périodiques et sur demande du médecin du travail). Alors que dans 3 cas ces dernières sont nettement majoritaires (n° 2,6 et 7). La visite initiale de ces 3 cas était une visite sur demande d'un tiers (n° 2 et 7) ou une visite réglementaire (n°6).

Ainsi, quelle que soit la nature de la visite initiale, la mise en œuvre d'un accompagnement peut s'instituer ; mais s'il s'agit d'une visite « contrainte », le suivi sera essentiellement organisé par le médecin du travail. Nous verrons par la suite, si cela a une influence sur le cheminement ou les actions mises en œuvre des personnes.

Au cours des visites ultérieures, l'objectif en tant que médecin du travail est d'accompagner les personnes, les conseiller et les encourager à avancer dans leur situation vécue comme difficile en favorisant un maintien ou une reprise du travail dans des conditions facilitées.

2. Trame classique d'une visite médicale de ce type d'accompagnement :

Lieu, temps accordé et accueil sont organisés de façon à favoriser la mise en confiance et la confidentialité. En voici le déroulé :

- Le médecin va chercher lui-même la personne en salle d'attente.
- Formule de politesse, poignée de main et regard capté pour signifier une mise à disposition entière de l'accueillant.
- Allusion brève à la précédente visite et de son contenu principal pour marquer le continuum
- Colloque singulier avec l'agent selon une trame de questions types qui peut être modifiée en favorisant l'expression libre sur les motifs de l'entretien où le suivi de sa situation :

- expression libre des ressentis s'ils émergent
- son état de santé actuel
- son état général : sommeil, appétit, variation du poids, humeur. Approfondissement des signes anxio-dépressifs s'ils sont spécifiés ainsi que leur retentissement sur les sphères digestive, cardiaque ou cognitive
- la prise de traitement médicamenteux ou autres
- le retentissement sur les activités professionnelles et personnelles
- les actions envisagées

- Clôture de l'entretien sous forme de « conduite à tenir », avec reformulation de ce que la personne va entreprendre, dispensation de conseils si besoin et recommandations ou informations concernant l'évolution de la situation médicale et professionnelle.

Ces conclusions pourront servir de point de départ de la prochaine visite.

3. Sentiments exprimés par les agents

Les expressions libres des personnes donnent libre cours à des sentiments négatifs et/ou positifs qui alterneront ou prédomineront en fonction de l'évolution des visites.

a) Sentiments négatifs

Nous avons analysé le contenu des entretiens ultérieurs et essayé de rendre compte des sentiments négatifs exprimés. Ceux-ci étaient présents dans les 9 situations cliniques mais majoritaires lors de syndrome anxio-dépressif manifeste.

Dans les 2 situations (n°1 et 8) relevant d'accidents du travail, ils étaient constitués d'éléments cliniques à type de douleurs et d'impotence fonctionnelle dominant le tableau. Ceux en lien avec le travail (difficultés relationnelles avec l'équipe, inquiétude sur les conditions de reprise du travail, culpabilité...) ne sont apparus que plus tard à V3 (3^{ème} visite) et jusqu'à V5. Il est intéressant de noter que dans le cas n°8, cet état a fait réapparaître des moments difficiles lors d'une dépression survenue 12 ans plus tôt. Et dans l'autre cas (n°1), à partir de V3, est apparue une problématique personnelle (agressions subies dans l'adolescence) qui a abouti à une prise en charge spécifique par une association d'aide aux victimes. Au fur et à mesure des entretiens, la symptomatologie mécanique a fait place à une souffrance morale majeure.

Dans la situation n°2, où la personne avait été contrainte de venir par l'encadrement, les sentiments négatifs ne sont apparus que plus tardivement ; lorsque j'ai dû poser des injonctions concernant le comportement, le suivi spécialisé et les restrictions médicales d'aptitude imposées.

Dans tous les autres cas, les sentiments négatifs sont apparus en V2 et V3, puis majorés souvent à V4 et V5. Ils portaient toujours de difficultés relationnelles ou de manque de communication dans leur équipe de travail et de charge de travail élevée, puis évoluaient sur des ressentis éprouvés personnellement : sentiment d'isolement, d'injustice, de mise à l'écart, de manque de reconnaissance pour aboutir parfois à des dévalorisations de soi, frustration, culpabilité... allant jusqu'à un sentiment d'être « perdu » ou « noyé ». Pour certains, étaient exprimés une démotivation profonde et même un dégoût de la profession de soignant allant jusqu'à l'envie de partir, fuir ou même démissionner.

Dans un cas (n°5), nous avons dû faire admettre l'agent aux urgences pour prise en charge médicale et psychologique rapide avec proposition d'hospitalisation qui s'est concrétisée par la suite.

b) Sentiments positifs

Quant aux sentiments positifs, nous avons remarqué qu'ils n'apparaissent qu'à partir des V4 à V10 en fonction de l'avancée en connaissance et compréhension de soi.

Il est intéressant de noter qu'ils étaient très souvent concomitants d'une libération de la parole de la personne auprès de ses proches, de ses collègues de travail ou de son encadrement. La reprise ou l'amélioration de la communication suivie de la mise en évidence des qualités de la personne ont semblé générer une assurance et une sociabilisation qui avait fait défaut. Mais on peut se demander à juste titre quelle en est la cause ou la conséquence ?

La plupart des personnes (7/9) ont fait état de leur « amour de leur métier » entre V2 et V6.

A noter que la majorité des cas cliniques analysés sont des soignants investis dans leur travail ; faisant preuve de rigueur, d'exigence sur eux-mêmes, allant parfois jusqu'au perfectionnisme.

4. Retentissements sur la santé

Les syndromes anxio-dépressifs présents à la visite initiale ont perduré ensuite dans les 6 cas connus avec prise en charge médicamenteuse (cas n° 4,5,6,7,8,9). Dans la situation n° 3, où malgré la présence d'un syndrome psychique intense, on note l'absence de traitement et de suivi psychologique.

Dans le cas n°1, apparition d'une souffrance morale intense en cours de suivi et liée à une problématique personnelle grave.

Dans les 2 situations en lien avec un accident du travail (n°1 et 8), les douleurs physiques de mode mécanique ont évolué favorablement pour laisser la place à un tableau clinique de type anxio-dépressif avec en filigrane l'inquiétude des conditions de reprise du travail.

En fin de consultation, et en face de toute détresse morale, des conseils de prise en charge sont systématiquement prodigués : consultation auprès du médecin traitant, du psychologue du travail, de l'assistante sociale du personnel ou de tout autre professionnel soignant : médecin psychiatre, psychologue libéral ou autre ...

5. Actions positives évoquées et mises en œuvre

Au cours des visites ultérieures, les personnes ont évoqué et mis en place des initiatives positives témoignant d'une reprise en main de leur destinée. Certains l'ont fait précocement, dès la V2 (situation n°6), pour d'autres beaucoup plus tard à V9 (situation n°7). Ces initiatives sont reconnues, encouragées et suivies par l'aidant afin de leur apporter un soutien continu. Certaines avaient pu être suggérées comme la nécessité d'un suivi psychologique ; mais pour toutes les autres, elles provenaient d'initiatives personnelles.

- mise en place d'un suivi psychologique chez 6 personnes (dont 3 auprès du psychologue du travail)
- 5 demandes de changement de service (n°3,4,5,6,9), dont une imposée (n°9)
- « Contrat » proposé par l'agent de reprise de l'ensemble de ses activités professionnelles avec comme contrepartie, un suivi mensuel au SST (n°2)
- arrêt de certaines activités pour limiter la charge de travail (n°7)
- reconversion professionnelle envisagée (n°8)
- reprise de communication avec l'équipe de travail ou autres actions visant à améliorer le relationnel interpersonnel (excuses exprimées auprès de ses collègues dans la situation n° 9).
- prise en charge auprès d'une association d'aide aux victimes et port de plainte (n°1)
- hospitalisation avec acceptation de se laisser prendre en charge (n°5)
- bilan de compétences effectué (n°6)
- séances de sophrologie, d'hypnose...(n°5 et 9)
- reprise de dialogue et d'activités avec l'entourage proche (n° 5)

6. Maturation psychique et changement de comportement

En parcourant les notes prises au cours de ces nombreux entretiens, j'ai pu remarquer les avancées psychiques, les retours en arrière avec utilisation de mécanismes de défenses, mais aussi les paradoxes qui habitent les personnes en proie avec leur mal-être. Les sentiments négatifs et positifs se heurtent continuellement dans une crainte manifeste de progresser dans l'erreur. Tout cela fait preuve d'une maturation psychique progressive que nous retrouvons dans 8 cas sur 9. Dans la situation n°3, il y a une stagnation des ressentis et du comportement. Il a été observé des difficultés à prendre de la distance, pourtant nécessaire pour libérer les émotions négatives. Ces dernières perdurent parfois sans pouvoir donner la possibilité de voir émerger des actions.

E. Visite de clôture et prise de décisions :

A l'issue des 9 situations, l'envie de reprendre le travail ou de se maintenir en poste dans leur service s'est manifestée chez l'ensemble des personnes.

La reprise du travail ou le maintien des activités s'est effectué chez 8 personnes sur 9 :

- une disponibilité a été accordée dans le cas n°9, pour partir à l'étranger
- une autre pour reconversion professionnelle après réalisation d'un bilan de compétences (n°6)
- un cas de reprise du travail a pu se faire sur un poste aménagé avec maintien des compétences au lieu de la reconversion professionnelle envisagée au départ (n° 8)
- une reprise d'Aptitude totale au poste avec arrêt des suspensions d'activités (n°2)
- une retraite envisagée à moyen terme (n°7)

Dans un cas, une démission était envisagée (situation n°3). A noter qu'aucune prise en charge psychologique n'avait été acceptée et qu'il était retrouvé à chaque entretien un manque de dialogue qui s'était « enkysté » au fil du temps, sans avoir pu être dépassé. Le syndrome anxio-dépressif a perduré de façon concomitante.

Toutes ces décisions ont pu être mises en œuvre car elles provenaient de la volonté des personnes et étaient issues de leurs propres réflexions et maturation psychique. Même si toutes n'ont pas forcément perduré, elles leur ont permis d'avancer dans leur situation difficile et parfois complexe de départ.

A ce jour, 8 situations sur 9 ont connu une évolution positive.

V. DISCUSSION

Les neuf situations cliniques ont été analysées selon certains critères déterminés à partir des travaux de Rogers. Nous allons maintenant confronter notre relation d'aide et notre méthode de travail à celles de Rogers explicitées dans les deux livres de référence ainsi que dans l'article du Professeur Eric Galam « *Carl Rogers : une approche centrée sur la personne* » (16).

A. Similitudes et/ou rapprochements possibles

1. Cadre, accueil bienveillant et confidentialité

Le service de santé au travail de l'Hôpital Bel Air occupe un étage complet d'un bâtiment excentré de l'immeuble principal où exercent les agents. Ils n'y croisent aucun patient ou autre personnel en transit. Nous sommes vigilants sur la fermeture des portes, la limitation des échanges, la mise en route du poste radio et l'intensité basse des voix dès lors qu'une personne est présente dans le service. L'objectif étant d'assurer autant que possible une ambiance sereine, limitée en stimuli et respectant le maximum de confidentialité. La notion de confidentialité a été placée au cœur de notre formation comme étant la condition indispensable à assurer lorsque nous recevons une personne en détresse morale. La parole peut se libérer pleinement dans un espace rassurant organisé. Tout comme les psychothérapeutes, les médecins s'engagent vis-à-vis de leurs patients, au secret professionnel absolu concernant tout ce qui leur est confié au cours des entretiens. Cette confidentialité est une condition indispensable à la relation thérapeutique (Articles L.1110-4 et R.4127-4 du code de la santé publique).

2. Approche centrée sur l'agent

Sur les 95 entretiens analysés, 51 l'ont été suite à une sollicitation personnelle des personnes (visites médicales ou entretiens téléphoniques). 28 visites sur demande du médecin du travail ont eu lieu dans les suites mais toujours après avoir obtenu leur accord. Il n'a jamais été noté d'absence excusée ou non, à ces visites qu'ils avaient la liberté de refuser ou de ne pas honorer.

En 2015, l'HAS élaborait une mise à jour de ses recommandations concernant « *La démarche centrée sur le patient. Information, conseil, éducation thérapeutique, suivi* ». Cette démarche se base sur une relation de partenariat entre le médecin et le patient. Il s'agit de créer un climat d'écoute active et bienveillante pour faciliter l'expression par le patient de ses questions, de ses préoccupations et priorités du moment, de ses attentes et de ses besoins. Elle se fonde ainsi sur une personnalisation des soins dont l'objectif premier n'est plus de soigner une maladie mais bien un malade avec ses connaissances, ses craintes, ses compétences et ses ressources propres.

En santé au travail, les soins dispensés concernent essentiellement des soins de prévention. Toute démarche engagée pour réduire la souffrance ou le stress liés au travail, devra intervenir sur les trois versants de prévention : le versant primaire qui diminue ou stoppe toutes sources de stress, le versant secondaire qui aide les personnes à développer des ressources pour y faire face, ou tertiaire qui prend en charge les individus affectés par le stress. En recevant sur leur demande des personnels en détresse moral, le service de santé au travail répond bien au versant tertiaire. De même, le médecin du travail en conseillant un suivi psychologique ou psychiatrique remplit les conditions du versant secondaire. En sollicitant auprès de l'employeur un aménagement de poste de travail, voire un changement de service il s'attaque au versant primaire. Par contre, il se trouvera fort démuni et impuissant lorsqu'il s'agira de répondre aux problématiques d'absentéisme, de management ou de conditions de travail dont les ressources humaines et la direction des soins en ont la gestion et la responsabilité. Cependant l'écoute neutre et bienveillante qu'il pourra apporter dans les moments de désarroi, ainsi que les conseils qu'il sera en mesure de prodiguer contribueront à aider l'agent à y faire face. C'est dans cette perspective que notre accompagnement trouve sa place. Dans l'ensemble, je n'éprouve pas de difficulté particulière à accorder du temps et de l'énergie pour apporter le soutien demandé. En tant que médecin, nous sommes aguerris à remplir ce rôle.

Ainsi, en permettant à l'agent d'exprimer ses ressentis douloureux dans un espace sécurisé, un temps et des limites définis, la relation d'aide se rapproche indubitablement de celle de Rogers. Nous avons constaté, à travers les situations cliniques décrites, combien le fait d'exprimer ses sentiments aboutissait indubitablement à un approfondissement de soi, une meilleure connaissance de ses propres ressources pour faire face ainsi qu'à des propositions concrètes d'actions que l'individu mettra lui-même en lumière pour parvenir à s'adapter à sa situation complexe de départ. Comme la décrit Rogers, cette « *relation d'aide psychologique est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rende capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation* ».

Parfois, il arrive malgré tout que certaines situations me laissent démunie au point de me sentir impuissante à apporter le soutien que je souhaiterai donner. A la lecture de Rogers, il apparaît que dans ces moments, je ne suis pas assez « *authentique* » avec moi-même, que ma sensibilité me dessert au point de m'embarquer dans l'autre en perdant ma propre identité. Ce qui est positif, c'est que maintenant je sais pourquoi cela ne marche pas. Les prochaines fois, je tâcherai de pratiquer la reformulation pour me permettre de garder la bonne distance.

3. L'expression permissive des sentiments

L'analyse du contenu des différents entretiens réalisés a permis de mettre en lumière les nombreux sentiments négatifs exprimés. Ainsi dans la plupart des situations cliniques ceux-ci ont été exprimés de façon libre permettant d'aborder les problématiques de chacun. Cette expression permissive pour Rogers est fondamentale et doit être encouragée par l'aidant afin de permettre à l'individu d'avancer librement. L'aidant accompagne cette expression sans chercher ni à la réfréner, ni à la juger et ni à l'interpréter ou à l'orienter. Pour souligner l'importance des caractéristiques du comportement de l'écouter, Eric Galam précise : « *Bien qu'en position, d'accueil et de réception, il est au moins obligé de réfréner les envies qu'il peut avoir de s'impliquer dans le discours, ou au contraire de s'évader par la pensée* » (16). Je dois reconnaître qu'il m'est régulièrement difficile de me taire et de limiter mes intrusions, croyant bien faire dans le but de marquer ma compréhension ou pour investiguer la problématique en cause. En tant que médecin du travail, je me dois aussi d'apporter les informations dont j'ai la connaissance et l'expérience à traiter certains sujets.

4. Les trois attitudes facilitantes pour un médecin du travail. [2]

Pour que la relation d'aide porte ses fruits, les qualités d'écoute qu'adoptera l'aidant pourront être facilitatrices ou non de l'expressivité des sentiments.

Il est difficile d'analyser soi-même son comportement et il aurait fallu pour cela, interroger les personnes ou enregistrer les consultations comme Rogers l'a fait. Cependant, et en toute sincérité, chacun de nous connaît plus ou moins les facilités mais aussi les difficultés rencontrées dans ses relations interpersonnelles professionnelles. Aussi, me suis-je interrogée sur mes capacités à remplir les 3 attitudes recommandées par Rogers.

- Congruence ou authenticité dans la relation ou l'aidant « est ce qu'il est »

La congruence est explicitée par Rogers comme suit « *J'entends par ce mot que mon attitude ou le sentiment que j'éprouve, quels qu'ils soient, seraient en accord avec la conscience que j'en ai. Quand tel est le cas je deviens intégré et unifié et c'est alors que je puis être ce que je suis au plus profond de moi-même* ».

Je pense pouvoir dire que dans la plupart des situations rencontrées en tant que médecin du travail, je me sens en accord avec ce que je suis dans la mesure où ce qu'il advient des professionnels reçus m'intéresse sincèrement et que je suis animée d'un désir profond de les aider. De là, a découlé mon projet de vie professionnelle. C'est à mon adolescence que le désir de me mettre « *au service de l'autre* » s'est imposé bien avant du choix comme on disait alors : « *de faire médecine* ».

Cependant, ce désir d'aider n'abat pas toutes les difficultés rencontrées. Lorsque je suis face à une situation où la personne adopte un comportement ou émet des paroles que je désapprouve, les

sentiments éprouvés transparaîtront forcément dans mon langage non verbal. Avec l'expérience acquise au fil des années, je me permets plus souvent de les dire quand ils m'apparaissent « *aidants* » pour la personne. Dans d'autres cas, je n'ai pas le courage de les exprimer, alors que je sais que je devrai le faire pour être en complet accord avec moi-même. L'excuse donnée est que le moment « opportun » n'est pas survenu. En fait, c'est lorsque je ne suis pas assez en accord avec moi-même pour communiquer des attitudes en concordance avec mes paroles qui se voudront nécessairement « *professionnelles* ». Je reconnais humblement parfois me « cacher » derrière mon rôle de médecin du travail. Or Rogers décrit comme première capacité essentielle celle de s'écouter soi-même : « *plus le thérapeute sait écouter et accepter ce qui se passe en lui, et plus il sait être la complexité de ses sentiments, sans crainte, plus haut sera son degré de congruence* » (14). Cette authenticité est « *très difficile à tenir et toujours remise en question . Elle semble relever d'un absolu.* » relève Galam (16).

Ainsi comment est ma « *présence* » dans une relation d'aide ? Est-ce que je puis être perçue comme suffisamment « *digne de confiance* ? ». A l'issue de cette réflexion, il m'apparaît que le désir profond d'aider l'autre ne suffit pas à pouvoir adopter une attitude de congruence telle qu'elle est décrite. Nous pouvons considérer la congruence comme un objectif à atteindre et même s'il est très ardu de la pratiquer en complétude, nous devons constamment nous efforcer de l'atteindre par nos remises en question qui se doivent être perpétuelles.

- Considération positive de l'écouté ou percevoir ce « qui est » dans l'aidé

Est-ce que je suis capable de percevoir, d'accepter, de reconnaître et d'exprimer les sentiments ressentis par l'autre ? Pour Rogers, il s'agit d'adopter « *une attitude chaleureuse, positive et réceptive envers ce qui est dans son client...il l'apprécie dans sa totalité ...sans réserves, ni jugements...dans une considération positive inconditionnelle.* » (14). Ceci dans un cadre toujours défini et précisé par Galam « *Pour aider l'autre sans l'influencer, il me faut respecter sa différence et la mienne. ... et préserver la distance qui nous sépare...* » (16). Ce deuxième mouvement semble paradoxal puisqu'à la fois il exige une acceptabilité inconditionnelle tout en induisant une mise à distance. Et pourtant ainsi, ils laissent à chacun la liberté de ressentir et de s'exprimer pleinement tout en posant leur indépendance et leurs responsabilités réciproques. En ce qui me concerne, je note un écueil : cette considération positive pour l'autre est entachée dans les situations où je désapprouve son comportement. Il m'est alors difficile de rester en accord avec moi-même dans ces moments-là. Des jugements personnels m'apparaissent qui sont impropres au soutien de l'autre. Ma relation d'aide devient moins saine donc moins efficace.

D'autre part, ayant tendance à trop investiguer la situation, je ne garde pas la bonne distance qui permet d'assurer une liberté dans la relation et je prends sur moi des responsabilités qui ne

m'incombent pas, dont je vais devoir porter ensuite les conséquences, parfois au détriment de la personne.

Par ailleurs, j'ai l'habitude aussi d'exprimer de la réassurance et des encouragements à persévérer. De même, je mets en évidence les qualités qu'il me semble percevoir pour valoriser les personnes et ainsi leur redonner confiance en leurs compétences professionnelles qui souvent font défaut lors de détresse morale. Ces attitudes ne sont pas souhaitées dans la méthode de Rogers.

- Compréhension empathique de l'aidé

Suis-je suffisamment forte pour « *habiter* » l'autre sans y perdre ma propre identité ? Je pense avoir suffisamment de « *sensibilité* » pour percevoir dans la plupart des cas, les sentiments éprouvés par l'autre et les ressentir moi-même. Mon désir d'aider et mon expérience de médecin me permettent assez facilement d'adopter cette attitude.

Cependant, à la longue, si je ne prends pas le temps de prendre « *soin de moi-même* », pour préserver mon identité, cette capacité me fera défaut et ne me permettra plus de poursuivre efficacement mon travail. J'ai éprouvé cela plusieurs fois dans certains accompagnements d'agents qui devenaient de plus en plus lourds à soutenir ; au risque parfois de m'y perdre. La compréhension empathique selon Rogers est « *lorsque le thérapeute sait percevoir de l'intérieur les sentiments éprouvés par le client et quand il réussit à communiquer quelque chose de cette compréhension.* » (14). Cette communication peut appartenir au verbal ou au non verbal du moment qu'elle est perceptible par l'aidé qui pourra ainsi avancer dans sa maturation psychique. Mais une fois cela perçu, il est nécessaire de revenir à « *sa place pour ne pas perdre son identité propre. Cette compétence est relativement facile et accessible pour les médecins* ». Comme le précise Galam : « *Sur la rencontre avec ses patients, l'empathie pourrait correspondre à ce que sait le médecin, la considération positive inconditionnelle, à ce qu'il fait, et la congruence à ce qu'il est* ». (17).

Ces trois attitudes décrites interagissent constamment au cours de la relation d'aide et doivent être régulièrement remises en question pour perdurer efficacement. Elles se facilitent et se limitent mutuellement. Il faut être humble et reconnaître qu'elles sont difficiles à atteindre pleinement et à chaque consultation d'entraide. C'est leur pratique assidue et rappelée sans cesse qui permettra de progresser utilement.

Les objectifs que je me donne à l'issue de cette introspection, sont de renforcer mon moi « *intérieur* » pour oser être plus transparente et sincère dans mes relations. Les enseignements reçus, les audits réalisés cette année m'ont permis de réfléchir à comment je prends soin de moi, comment je me soigne...J'ai pu ainsi expérimenter la méditation de pleine conscience, les exercices de relaxation et de cohérence cardiaque qui permettent de renforcer notre « *moi intérieur* ».

B. Différences et limites entre la méthode de Rogers et la pratique en santé au travail

1. Chez Rogers l'aidé est nommé « *client* » du fait que « *l'aidé paie la compétence et le temps de l'autre* » (16). Les entretiens en santé au travail sont régis par le Code du Travail. Ils ne sont pas rétribués par les salariés eux-mêmes ; mais en contrepartie ces derniers n'ont pas le choix du médecin. Pour Eric Galam « *le terme « client », implique une relation contractuelle libre et responsable* » (16). En santé au travail, le contrat est implicite à partir du moment où l'aidé accepte d'être « suivi » par le médecin mais les termes du contrat ne sont pas explicités en tant que tels. Les risques que nous avons déjà perçus sont d'entretenir d'une part la dépendance de l'aidé et d'autre part la limite non clarifiée des responsabilités. Ces deux contraintes pouvant être reportées sur l'aidant, ce qui n'inciterait pas l'aidé à mobiliser ses propres ressources. Afin d'établir une relation sereine, car libre et en responsabilité partagée ; serait de préciser ces deux limites avant d'entamer toute relation d'aide.

2. Chez Rogers l'aidant s'efforce d'écouter sans orienter l'autre notamment par des questions : en tant que médecin du travail je me dois de poser les questions nécessaires à la bonne compréhension de la situation de travail en cause par exemple ou pour pouvoir évaluer l'état de santé de la personne. Les décisions qui en découlent reposent sur les compétences, l'expérience mais aussi la responsabilité qui incombe au médecin dans la déclaration d'aptitude au poste de travail.

3. Chez Rogers, il n'y a pas centration sur le problème mais sur l'individu. Ce point de réflexion m'interpelle car dans nos établissements de santé, les problématiques rencontrées comme les facteurs de risques psycho-sociaux prennent souvent beaucoup de place au détriment de la prise en considération des individus désadaptés dans leur environnement. Afin de mener à bien des démarches de prévention, il est important de souligner d'abord l'impact en termes d'atteinte à la santé des individus. Dans l'accompagnement mis en place dans notre service, il s'agit bien d'une approche préventive centrée sur l'individu, même si en parallèle, rien ne nous empêche d'agir sur le collectif par d'autres démarches.

4. Le respect des silences chez Rogers. Ceux-ci occupent une place prépondérante puisqu'ils permettront à la maturation psychique de se mettre en œuvre. Dans notre pratique, malheureusement la contrainte « temps » nous oblige à une accélération des échanges. C'est pour cela que les interruptions de parole, la tendance à finir les phrases commencées ou lorsque l'on adopte un langage non verbal voulant faire comprendre à l'autre que le temps est compté ne favorisent pas l'appropriation par l'autre du temps imparti. Si en début d'entretien les limites étaient clairement définies entre les deux protagonistes, la durée et le contenu des échanges seraient mieux utilisées. A la différence de la méthode de Rogers, le dernier temps de l'entretien est consacré à définir les actions respectives de chacun, la reformulation des besoins et la dispensation de conseils ou de suggestions pour permettre à

l'aide de faire face à ses difficultés. Parfois, cela peut être des rappels de comportement à adopter, quelques fois sous forme de pressions volontairement insistantes pouvant aller jusqu'à des injonctions lorsque la situation est préoccupante.

5. Le médecin du travail de par ses missions, a la possibilité d'intervenir sur l'environnement direct de l'agent en proposant un changement de service ou un aménagement du poste de travail par exemple. Il agit en tant que conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants. Ses avis peuvent être suivis ou non. Ces recommandations ou avis sont stipulés sur la Fiche d'Aptitude remise en fin d'entretien lorsque la situation le nécessite. C'est ainsi qu'au cours des neuf situations cliniques, certaines fiches ont été rédigées en vue d'une reprise du travail pour 6 agents. De même, une fiche d'Inaptitude temporaire a dû être réalisée lors d'un accompagnement aux urgences pour prise en charge rapide.

C. Les biais et limites relevés dans notre méthode de travail :

Les analyses ont été réalisées à partir des notes saisies dans les dossiers informatisés des agents mais aussi de mémoire concernant surtout mes propres ressentis et du climat vécu au cours des entretiens (ambiance sereine ou stressante, pressions et influences diverses...). Ces éléments sont issus de ma subjectivité. Les notes retranscrites sont choisies à partir de ce qu'il me semblait important de retenir et de spécifier. Rogers travaille à partir d'enregistrements audios où les réactions sont analysées dans leur expression directe et où les caractéristiques des ressentis exprimés peuvent être palpables à travers le ton et les intonations, le rythme des paroles donnés.

Les neuf situations cliniques ont été choisies car elles comprenaient chacune un nombre conséquent de rencontres. Elles ne sont cependant qu'un reflet de l'ensemble d'autres relations d'aide. Certaines parmi ces situations ne semblent toujours pas abouties comme les situations 3 ou 4. Elles nécessiteront du temps et d'autres échanges pour encourager la poursuite de la maturation. Dans le cas n° 4, une rencontre avec l'encadrement supérieur, suggérée par le psychologue du travail a permis d'apaiser l'anxiété ressentie par la personne qui souhaitait clarifier sa situation au niveau administratif. Ainsi, dans le cadre hospitalier où j'évolue, chaque intervenant ou intervention peut soit faciliter, soit complexifier une situation donnée. Tout « l'art » du médecin du travail sera d'intervenir ou pas, de quelle façon, et de tisser des liens entre les différents interlocuteurs. Sa subjectivité et ses connaissances du dossier entrera en résonance avec la subjectivité et les connaissances qu'en ont les autres pour faciliter les prises de décisions.

Par ailleurs, le médecin du travail se doit parfois de faire preuve d'autorité et de coercition dans certains cas du fait de sa responsabilité à poser l'aptitude ou l'inaptitude médicale au poste de travail.

Il sera obligé d'utiliser certaines formes de pression ou je préfère dire « *leviers* » qui permettront à l'agent de se faire prendre en charge ou de se maintenir au travail et ainsi d'éviter la désinsertion professionnelle.

Les conseils prodigués en fin de consultation reposent sur des informations relatives à ma formation de médecin du travail mais aussi en lien avec mes pensées propres. Il m'est apparu souvent que ces conseils pouvaient aider, mais qu'ils servaient aussi à me rassurer moi-même sans avoir la certitude d'être applicables à d'autres. C'est pour cela que la méthode de Rogers est intéressante ; en se centrant sur la personne, il est moins risqué de se fourvoyer dans des interprétations personnelles.

D. Perfectionnement de notre méthode

- Se former à : la pratique des techniques de l'écoute active, des différents types de reformulation, s'assurer que l'on a bien compris les ressentis exprimés

- Réfléchir à ce que l'on « *est* ». Cette dimension devrait être enseignée dans les formations en santé : médicales, paramédicales (fait partie des enseignements) et médico-sociales. Selon Eric Galam, nous nous devons de : « *Faire un travail sur soi même pour s'acclimater aux problématiques et ...qui me portent et aussi la façon dont s'articule mon activité professionnelle et sa vie privée* » (16).

- Laisser la personne s'exprimer sans interruptions intempestives pour lui montrer qu'on a compris la situation avant qu'elle ne l'ait elle-même exprimée

- Laisser la personne progresser à son rythme


Tout au long de l'analyse des neuf cas, une prise de conscience s'est faite de façon régulière et volontaire sur ma manière d'appréhender les situations en santé au travail. Cette pratique réflexive m'a été très enrichissante. Mon seul regret est qu'elle aurait pu être majorée si elle avait été partagée par d'autres collègues.

E. Suggestion d'une maquette « type » lors des entretiens d'aide en santé au travail :

A l'issue de ces 9 analyses de cas et après avoir mis en parallèle notre méthode d'accompagnement aux conseils prodigués par Carl Rogers, il m'est apparu intéressant de tenter d'élaborer une maquette qui pourrait servir de support aux médecins et aux infirmiers en santé au travail lorsqu'ils se trouvent confrontés à une personne en détresse morale qui vient solliciter de l'aide.

Quelles sont les questions à se poser pour donner à l'entretien un accueil et un cadre apaisant, des qualités d'écoute et de reformulation qui permettront de recueillir des données issues de l'expression libre et acceptée. Ces données pourront servir de base pour orienter les situations socio-professionnelles problématiques.

CHR METZ – THIONVILLE Service de Santé au Travail Thionville - Hayange	ENTRETIEN D'AIDE en Santé au Travail	Date :
	<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Infirmière..... <input type="checkbox"/> Secrétaire.....	<input type="checkbox"/> Entretien téléphonique <input type="checkbox"/> Consultation au service Accompagné par : <input type="checkbox"/> Cadre <input type="checkbox"/> Collègue <input type="checkbox"/> Autre

Nom-Prénom.....
Date de Naissance.....
Fonction.....Service.....
 :

I. Les questions préalables à se poser

1. Le Cadre de l'entretien est-il sécuritaire ? OUI NON
 - Bureau isolé : absence de va et vient, bruit, un seul interlocuteur
 - Confidentialité assurée : de l'entretien, du dossier médical
 - ↳ En cas de risque d'agressivité, rester toujours à 2

2. L'agent est-il sous tension ? OUI NON
 - si NON calme apathique triste
 - si OUI nerveux anxieux agressif verbalement
 - irritable angoissé agressif physiquement
 - autre.....

3. L'agent est-il en capacité de faire face? OUI NON
 - si NON angoisse majeure
 - emprise supposée de substances psychoactives
 - orientation urgences psychiatriques (tél...) avec son accord
accompagné par
 - si OUI

4. L'agent souhaite-il de l'aide, du soutien? OUI NON

5. L'agent est-il en capacité de parler de sa situation? OUI NON

➤ Si Oui aux 5 questions, l'entretien d'aide peut débiter

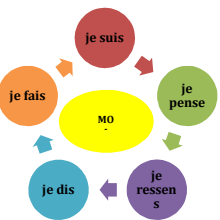
II. Etat Clinique - Consommations

<input type="checkbox"/> troubles du sommeil <input type="checkbox"/> troubles de l'appétit <input type="checkbox"/> troubles digestifs <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> nervosité <input type="checkbox"/> irritabilité <input type="checkbox"/> angoisse	<input type="checkbox"/> traitement médicamenteux <input type="checkbox"/> anti-dépresseur <input type="checkbox"/> anxiolytique <input type="checkbox"/> hypnotique <input type="checkbox"/> consommation tabac <input type="checkbox"/> consommation alcool <input type="checkbox"/> consommation substances illicites
---	--

III. Prise de conscience des capacités à aider (ou 3 attitudes facilitant la relation d'aide)

1. La congruence

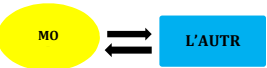
OUI NON



- ✓ suis-je authentique ? digne de confiance ?
- ✓ en accord entre ce que je suis et ce que je pense ?
- ✓ en accord entre ce que je pense et ce que je ressens ?
- ✓ en accord entre ce que je ressens et ce que je dis ou fais ?
 - ↳ en lien avec la confiance en soi, affirmation de soi,
 - ↳ ne pas porter de masque ou se cacher derrière son rôle professionnel

2. La considération positive inconditionnelle

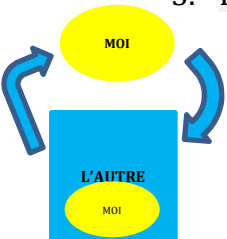
OUI NON



- ✓ est-ce que j'accepte l'autre tel qu'il est ? tel qu'il m'apparaît ?
- ✓ est-ce que je le reconnais comme une personne respectable ?
- ✓ est-ce que je le reconnais comme une personne en capacité de faire des choix ?
 - ↳ respect chaleureux de la différence, « je ne suis pas l'autre », garder la bonne distance
 - ↳ ne pas poser de jugements de valeur, ne pas évaluer ou influencer

3. La compréhension empathique

OUI NON



- ✓ ma sensibilité me permet-elle de ressentir les émotions de l'autre ?
- ✓ tout en restant à ma place dans une ambiance affective ?
 - ↳ garder la bonne distance, ne pas s'identifier à l'autre

➤ 3 attitudes à adopter, à remettre en question tout au long de l'accompagnement ; qui se renforcent et se préservent mutuellement en permettant aux 2 protagonistes de rester indépendants, libres, et respectables

IV. L'ECOUTE NON DIRECTIVE, mais PERMISSIVE
centrée sur la personne et sans moralité

1. Limites définies

OUI NON

- ❖ en temps (30 minutes)
- ❖ en responsabilité
 - ✓ écoute et soutien dans l'objectif de préserver la santé « du fait du travail », sans avoir forcément des réponses toutes faites à apporter
- ❖ en accompagnement pour découvrir des solutions adaptées à la situation

2. Encouragement à la libre expression uniquement

OUI NON

- ✓ ne pas interrompre le flot de parole
- ✓ pas d'approbation, ni désapprobation dans un sens ou dans l'autre, rester neutre
- ✓ encouragement à poursuivre le discours
- ✓ « oui....., mais....., vous dites.....,»

Reformulation de la problématique définie et reconnue
---	-------------------------

3. Reconnaissance des sentiments négatifs exprimés

OUI NON

- ✓ clarification des sentiments
- ✓ sans interprétation
- ✓ « vous ressentez ..., telle chose..., de la peur..., colère..., culpabilité... »

Sentiments négatifs reconnus
------------------------------	-------------------------

4. Expression des tendances positives

OUI NON

- ✓ les repérer,
- ✓ ne pas les survaloriser
- ✓ les reformuler

Sentiments positifs reconnus
------------------------------	-------------------------

5. Progression dans la compréhension de soi

OUI NON

- ✓ nouvelle perception de soi
- ✓ acceptation de soi
- ✓ maturation
 - ↳ avec crainte possible d'aller de l'avant

Clarification des choix exprimés
----------------------------------	-------------------------

6. Initiation à des actions positives mineures

OUI NON

Actions
---------	-------------------------

7. Approfondissement

OUI NON

.....
-------	-------------------------

V. ORIENTATIONS proposées et choisies

<input type="checkbox"/> psychologue du personnel (tél...) <input type="checkbox"/> médecin traitant..... <input type="checkbox"/> assistante sociale du personnel (tél...) <input type="checkbox"/> médecin psychiatre.....	<input type="checkbox"/> représentants du personnel..... <input type="checkbox"/> gestionnaire DRH <input type="checkbox"/> autres.....
---	---

VI. SOLUTIONS ENVISAGEES

<input type="checkbox"/> aménagement de poste <ul style="list-style-type: none"> ➤ horaires.....○ ➤ CI aux postes de nuit.....○ ➤ autres.....○ <input type="checkbox"/> restrictions transitoires <input type="checkbox"/> restrictions définitives	<input type="checkbox"/> changement de service <input type="checkbox"/> changement de site d'affectation <input type="checkbox"/> postuler sur Avis de Vacance de Poste <input type="checkbox"/> demande de disponibilité <input type="checkbox"/> démission <input type="checkbox"/> abandon de poste <input type="checkbox"/> autre.....
---	--

CONCLUSION

Connu au travers des enseignements du DIU, puis approfondi par la lecture de deux de ses ouvrages, Carl Rogers est devenu mon compagnon de route tout au long de ce travail de mémoire. Interpellée dans ma pratique professionnelle de médecin du travail, j'ai pu, grâce à ses travaux, approfondir la relation d'aide mise en œuvre au cours des visites médicales en santé au travail en milieu hospitalier.

Bien que les différents types d'entretiens menés dans notre service n'ont pas pour finalité d'être « psycho-thérapeutiques » comme ceux menés par Rogers ; je me suis interrogée sur leurs caractéristiques et l'impact qu'ils pouvaient avoir dans le développement des personnes. Ainsi, les données retranscrites dans les dossiers médicaux ont permis d'explicitier « *a posteriori* » l'accompagnement mis en œuvre auprès de neuf agents de la fonction publique hospitalière de janvier 2017 à juin 2019.

Comme Rogers, le désir d'aider « *l'Autre* » se conçoit d'abord en se centrant sur la personne elle-même et en lui fournissant autant que possible, un cadre rassurant, une confidentialité respectée et la possibilité de s'exprimer sur ses ressentis douloureux au travail. L'exploitation des données a permis de retrouver des éléments concernant des problématiques en lien avec les risques psycho-sociaux comme des difficultés relationnelles fréquentes et des sentiments négatifs exprimés d'épuisement, de démotivation voire des pertes du sens du métier. De même, il a pu être retrouvé des sentiments positifs comme l'investissement au travail ou la reprise de communication interpersonnelle ainsi que des actions positives comme des suivis psychologiques entrepris ou des reprises du travail qui étaient jusque-là compromises. A la différence de Rogers, les signes de maturation psychique ne sont pas recherchés et des conseils sont dispensés et des recommandations sont clairement formulées sur la Fiche d'Aptitude. Par ailleurs, il a été relevé des difficultés à maintenir mon indépendance et ma liberté de positionnement dans la relation. Ces écueils pourraient être amoindris en approfondissant les 3 qualités d'aide recommandées que sont la congruence, la considération positive et l'empathie compréhensive, qui sont garantes de la bonne distance à adopter.

A l'issue de cette introspection, l'accompagnement en santé au travail peut être assimilé à une relation d'aide dans la mesure où il permet de soutenir et d'assister une personne en situation de détresse. La maquette proposée pourrait servir non seulement de guide aux entretiens mais être aussi un support de pratique réflexive pouvant être mis en œuvre afin d'améliorer ses compétences. L'expérience de son utilisation en santé au travail pourrait faire l'objet d'une autre étude.

VISITE INITIALE ANNEXE 1										
	Critères socio-démographiques					Début de l'entretien d'aide				
CAS	ÂGE	FONCTION	SERVICE	TYPE de Visite	Demande d'aide définie	Sentiments négatifs exprimés	Retentissement sur la santé	Tendances positives	Situation en cours	Lien RPS
1	28	IDE	Médecine	Visite demande salarié	NON	dépréciation de soi découragement culpabilité	Douleurs physiques traitées, impotence fonctionnelle	NON	En arrêt suite à Accident de Travail	NON
2	58	Ouvrier	Ateliers	Visite demande cadre	NON en déni	NON	En Déni	NON	Aptitude avec Restrictions sur les gardes	NON
3	39	IDE	Chirurgie	Visite demande cadre	NON absence de remise en question	mise à l'écart, isolement et perte d'identité	Syndrome anxiodépressif majeur non traité	souhait de dialogue avec collègues	/	Difficultés relationnelles équipe
4	48	IDE	Médecine	Visite demande salarié	NON	se sent mis à l'écart et en isolement	Syndrome anxiodépressif chronique suivi et traité	NON	Aptitude avec Restrictions Postes nuit / 12 Heures	Difficultés relationnelles équipe
5	47	IDE	Médecine	Visite demande cadre	OUI	se sent impuissant, responsable, et coupable	Syndrome anxiodépressif chronique - épuisement	se prendre en charge, se protéger, tutrice d'étudiants	En arrêt de travail	Charge de travail Difficultés relationnelles équipe Absentéisme
6	47	AS	Bloc	Visite Reprise maladie	OUI	se sent impuissant, responsable, frustré, surinvesti	Syndrome anxiodépressif chronique et en épuisement traités	souhait de partir, prendre du recul, changer de service (fuite)	En arrêt de travail	Charge de travail Difficultés relationnelles équipe
7	59	Cadre	Psychiatrie	Visite demande collègue	NON en déni	se sent responsable, surinvesti, coupable	Syndrome anxiodépressif chronique et en épuisement majeurs	souhait de progresser, s'investir plus, prendre sur soi	/	Difficultés relationnelles encadrement
8	53	IDE	Médecine	Visite demande salarié	OUI	NON	Douleurs physiques, impotence fonctionnelle	NON	En arrêt de travail	NON
9	49	IDE	Chirurgie	Visite demande salarié	NON en déni	se sent seul, accusé, en incompréhension	Syndrome anxio-dépressif, perte de Poids	Souhait de changer de service (fuite)	Mesure disciplinaire en cours	Difficultés relationnelles

DIU soigner les soignants

VISITE ULTERIEURES ANNEXE 2											
CAS	ÂGE		nombre entretiens Total 95	Sentiments négatifs exprimés	Sentiments positifs exprimés	Maturation Psychique	Retentissement santé	Actions Positives	Actions du médecin du travail	Aboutissement	Visite de clôture
1	28	IDE	7	Repli sur soi, difficultés de communication	reprise de dialogue, communication intrafamiliale	OUI : prise de conscience progressive	Souffrance morale de plus en plus intense	Prise en charge psychique, soutien association aide aux victimes	Soutien moral et confortation dans la démarche entreprise	Port de plainte	Reprise du travail autre service
2	58	Ouvrier	11	Difficultés relationnelles au travail	Limitation consommation substance	OUI et NON : part de déni	En déni : "tout va très bien"	Demande d'accompagnement sous forme de contrat	Pressions exercées pour maintenir l'aptitude au travail	Reprise des gardes	Maintien au travail dans son service
3	39	IDE	6	Difficultés relationnelles, charge de travail	NON Souhait de rester dans son service	NON : part de déni Amour du travail à Visite n°5	Souffrance psychique maintenue	NON	Accompagnement et Suggestion de changement de service	Démission envisagée	Maintien au travail dans son service
4	48	IDE	6	Difficultés relationnelles, Ruminations Dégoût du métier	Amélioration dialogue, Soutien par médecin du service	OUI Amour du travail à Visite n°2 mais changement de métier souhaité	Syndrome anxio-dépressif chronique traité et suivi par psycho du travail	Reprise du dialogue encadrement et équipe, reconnaissance par ses pairs	Echanges avec encadrement, changement de service sollicité, courrier DRH	Meilleure intégration dans l'équipe, Compétences IDE maintenues	Maintien au travail dans son service
5	47	IDE	21	Sentiments d'abandon, d'injustice, de culpabilité intenses	Amélioration dialogue, communication, Amour du métier à visite n°3	Progression dans connaissance de soi, amélioration de l'estime de soi	Syndrome anxio-dépressif chronique, Arrêt de travail et Hospitalisation	Acceptation de prise en charge, prise en charge psychique, prise de distance à visite n°16	Envisager un congé longue maladie, Réassurance+++	Reprise du travail d'abord à temps partiel thérapeutique puis à temps	Maintien au travail dans son service
6	47	AS	8	Absence de communication, de travail d'équipe, de reconnaissance	Reconnaissance du travail accompli, et Reprise du dialogue	OUI : prise de conscience, Amélioration de l'estime de soi	Syndrome anxio-dépressif et épuisement majeur	Demande de changement de service et Bilan de compétences effectué	Demander un entretien auprès de la direction des soins, écrire ses ressentis	Reprise du travail avec changement de service	Demande de Disponibilité avec reconversion professionnelle
7	59	Cadre	11	Manque d'estime de soi, dévalorisation, culpabilité majeure	Changement de regard sur son travail, acceptation de ses failles	OUI : Prise de conscience à visite n°5, Amour du travail à visite n°9	Syndrome anxio-dépressif avec stress intense et troubles du sommeil	Acceptation de diminution charge de travail, suivi par médecin traitant, activités personnelles hors du travail	Incitation à prendre un médecin traitant, à se poser, à limiter ses activités, Réassurance	Reprise du travail, suivi psychologique	Maintien au travail dans son service
8	53	IDE	12	Perte de sens, incertitude majeure, culpabilité suite à	Pensées plus positives à entretien n°9	NON et OUI	Douleurs mécaniques Syndrome anxio-dépressif suivi	Reclassement envisagé suite à inaptitude à la fonction suite à impotenecc fonctionnelle en lien avec	Réassurance et soutien, échanges avec encadrement et les directions	Proposition de poste, Maintien compétences IDE	Reprise du travail autre service
9	49	IDE	12	incompréhension suite à mesure disciplinaire, changement service	NON et OUI : information sur communication, comportement...	OUI : prise de conscience à visite n°6, Amour du métier à visite n° 11	Syndrome anxio-dépressif, suivi psychique	Suivi en sophrologie, reprise de dialogue avec équipe à visite n° 11	Réassurance et soutien, échanges avec encadrement	Demande de disponibilité	Réintégration au CHR après 9 mois de disponibilité

BIBLIOGRAPHIE

- (1) P.Nasse, P.Légeron, Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psycho-sociaux au travail, Paris, La Documentation française, 2008.
- (2) Gollac M, Bodier M. Mesurer les facteurs psychosociaux de risques au travail pour les maîtriser : rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé. 2011.Disponible sur <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/index.cfm> consulté le 12 septembre 2019
- (3) Protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique. 2013. Disponible sur : https://www.fonctionpublique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf consulté le 4 octobre 2019
- (4) Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_qvt_05122016.pdf consulté le 9 octobre 2019
- (5) Mission sur la qualité de vie au travail du ministère des solidarités et de la santé (2018). Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/qualite-de-vie-au-travail/article/la-qualite-de-vie-au-travail.html> consulté le 17 octobre 2019
- (6) Observatoire sur la qualité de vie au travail du ministère ds solidarités et de la santé (2018) Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de> consulté le 17 octobre 2019
- (7) HAS et qualité de vie au travail disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail. Consulté le 10 octobre 2019
- (8) B.Sahler, M.Berthet, P.Douillet, I. Mary-Cheray, Prévenir le stress et les risques psychosociaux au travail. Paris, ANACT. 2007.
- (9) www.inrs.fr/publications:essentiels/risques_psycho-sociaux.html
- (10) Cohen C., Gilles M., Kauffman P. (2013-2014), « Les risques professionnels dans la fonction publique hospitalière à partir de l'enquête Sumer », ENSAI. <https://dares.travail-emploi.gouv.fr/dares-etudes-et-statistiques/enquetes/article/surveillance-medicale-des-expositions-aux-risques-professionnels-sumer-edition> consulté le 11 octobre 2019
- (11) Maury M. et Taourel P. « Les médecins ont aussi leurs maux à dire ». Editions Erès 2019
- (12) Wikipédia disponible sur <https://fr.m.wikipedia.org> consulté le 12 septembre 2019
- (13) Rogers C. et Sanford R. « Client-centered Psychothérapie » in *compréhensive Textbook of Psychiatry*(4th ed.) (pp 1374-1388) Baltimore : Williams & Wilkins, 1985.
- (14) Rogers C. *Le développement de la personne*. InterÉditions 2018.
- (15) Rogers C. *La relation d'aide et la psychothérapie*. (20^{ème} édition).Edition ESF 2019.

(16) Galam E. « Carl Rogers : une approche centrée sur la personne ». Médecine 2014 ; DOI : 10 ;1684/med.2014 ;1157 ; Pages 408 à 12

(17) Galam E. « Reconnaître et optimiser nos façons d'être médecins. » La Revue du Praticien ; MG N° 550 ; 22 Octobre 2001

ABREVIATIONS

ACP : Approche Centrée sur la Personne

ANACT : Agence National d'Amélioration des Conditions de Travail

CHR : Centre Hospitalier Régional

CHSCT : **Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**

DIU : Diplôme InterUniversitaire

DRHE : Direction des Ressources Humaines et des Ecoles

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoire

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

RPS : Risques Psycho-Sociaux

SST : Service de Santé au Travail

SUMER : Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels

T2A : Tarification à l'activité

RESUME

INTRODUCTION :

Les personnels soignants de notre CHR n'échappent pas au contexte national actuel de souffrance au travail en lien non seulement avec les organisations, le management, les contraintes budgétaires mais aussi spécifiquement inhérente aux métiers du soin. Notre service de santé au Travail confronté directement à leur mal-être, tente d'y répondre en proposant des visites médicales au cours desquelles nous mettons en place une relation d'aide.

OBJECTIF : Analyser notre méthode de travail puis la confronter à celle de Carl Rogers, décrite dans ses deux ouvrages : « La relation d'aide et psychothérapie » et « Le développement de la personne », afin de l'approfondir et la perfectionner.

METHODE : Après avoir déterminé les critères à prendre en compte selon Rogers pour expliquer notre méthode d'accompagnement, nous les analyserons au travers de neuf cas cliniques choisis dans notre pratique professionnelle de médecin du travail.

RESULTATS : Analyse de notre pratique au travers de neuf cas cliniques : de la visite médicale initiale aux visites ultérieures. Mise en évidence de l'évolution psychique des personnes en détresse morale : des sentiments négatifs exprimés aux actions positives concrétisées.

DISCUSSION : Confrontation des caractéristiques de notre accompagnement aux travaux de Carl Rogers : similitudes, différences et limites. Perfectionnement de notre méthode.

CONCLUSION : Suggestions pour élaboration d'une maquette « type » de relation d'aide pouvant être mise en œuvre en Santé au Travail en milieu hospitalier.

MOTS CLES : Relation d'aide - santé au travail – hôpital – Carl Rogers
