

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 25 novembre 2022

Par Dr Emilie Gilbert-Fontan

### **Violence en soins palliatifs et souffrance des soignants : un inexorable ?**

**Pistes de réflexion et proposition de projet pour une unité de soins palliatifs**

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN
- Docteur Jean-Jacques ORMIERES

Année 2022

## Remerciements

Nous remercions l'ensemble des enseignants du DIU pour cette année riche en émotions, en apports théoriques et en rencontres. Merci pour cet accompagnement, cette bienveillance.

Nous remercions tous les étudiants du DIU pour les échanges pendant et entre les cours

Un remerciement particulier au Dr Béatrice Guyard-Boileau pour son aide précieuse pour le mémoire.

Merci à toute l'équipe de soins palliatifs.

## Table des matières

I.	Introduction et justification de la réalisation du mémoire .....	5
II.	Contexte et définition des concepts .....	7
1.	La violence en soins palliatifs, sa genèse, ses manifestations.....	7
2.	La souffrance des soignants .....	9
III.	Les conséquences.....	10
1.	Sur le plan individuel .....	10
2.	Sur le plan collectif, du groupe et de l'institution .....	11
IV.	Accompagnement du travail des soignants .....	12
1.	Repérage et compréhension du sens de la violence.....	12
a.	Besoins.....	12
b.	Actions et moyens pour le repérage et la gestion de la situation « à chaud ». .....	12
2.	L'organisation de l'équipe .....	13
a.	La démarche participative .....	14
b.	La cohésion d'équipe autour du projet de service.....	14
c.	L'importance du management .....	14
d.	L'importance du projet de soins personnalisé .....	14
e.	L'environnement, les règles de fonctionnement du service.....	15
f.	Le travail en interdisciplinarité, le travail en binôme.....	15
g.	La supervision, l'analyse des pratiques professionnelles en groupe .....	15
h.	Les RMM revues de morbi-mortalité ou comités de retour d'expérience .....	16
3.	Soutenir les soignants .....	16
a.	Apprendre à mieux se connaître .....	16
b.	Apprendre à mieux comprendre les situations : la formation .....	17
c.	Méthodes de développement personnel.....	17
d.	Le « soutien de couloir » .....	18
e.	Emergence de la parole par les soignants.....	18
f.	Les groupes de « débriefing » .....	19

g.	Faire connaître les recours possibles .....	19
V.	Discussion et propositions concrètes pour notre service .....	21
1.	Etat des lieux dans notre service.....	21
2.	Propositions concrètes.....	23
a.	Formation .....	23
b.	Organisation du travail.....	23
c.	Organisation environnementale .....	24
d.	Soutien à l'équipe.....	24
3.	Avantages et limites .....	25
VI.	Conclusion et perspectives.....	26

## I. Introduction et justification de la réalisation du mémoire

Mr A. est un jeune patient d'une trentaine d'années. Il vient de décéder dans le service de soins palliatifs d'une pathologie de progression très rapide, en quelques mois.

L'accompagnement dans le service, d'une dizaine de jours a été rendu difficile pour les soignants par sa jeunesse, la présence d'enfants en bas âge, et la sévérité des symptômes. Le patient s'est marié dans notre service, dans le cadre du péril imminent, les soignants ont pu être présents à la cérémonie. La famille, très présente, a été rencontrée quotidiennement, un lien fort a été créé. Ce jour-là, l'infirmière et l'aide-soignante réalisent la toilette mortuaire. Ce geste de soins est très difficile ; il y a beaucoup d'émotions. Le corps du patient est altéré. L'équipe en place se mobilise pour faire la meilleure présentation du corps possible pour la famille. Pourtant, lorsque la mère du patient sort de la chambre, elle accoste avec véhémence les soignants dans le couloir pendant de longues minutes car le patient ne porte pas son alliance. (celle-ci, rendue trop grande par l'amaigrissement sera fort heureusement retrouvée dans les draps) Plusieurs soignants s'effondrent en salle de soins. Quelques jours plus tard, elle viendra s'excuser de son comportement et remercier l'équipe.

Mme R. est une patiente d'une cinquantaine d'année atteinte d'un cancer digestif, d'emblée palliatif. Une nutrition parentérale avait été mise en place dans le service précédent, la patiente ayant un traitement de chimiothérapie et une espérance de vie nécessitant ce traitement. La maladie s'aggravant et la patiente présentant des effets indésirables de ce traitement, il est envisagé de le stopper. Des discussions ont lieu entre la patiente, l'équipe de soins palliatifs et l'oncologue référent. Les bénéfices et les inconvénients sont pesés et il est finalement décidé de l'arrêter. Un entretien est réalisé avec la patiente qui est en accord avec cette décision. Elle demande à ce qu'on l'explique à sa mère. Des informations sont donc données, d'abord par le médecin, puis par l'infirmière. « Vous voulez donc la tuer ? » rétorque t'elle sèchement en début d'entretien. Le reste du dialogue sera plus paisible et la mère de la patiente s'effondrera en sanglots.

Mme V., 70 ans est en phase agonique. Elle est accompagnée dans le service depuis plusieurs semaines. L'équipe s'est beaucoup attachée à elle, ce d'autant qu'elle est très isolée depuis le début de l'hospitalisation. Son fils, vivant à distance, n'a pas pu venir la voir avant. Les médecins l'ont prévenu que le décès pouvait arriver à tout moment. La patiente ne semble avoir aucun symptôme d'inconfort. Lorsqu'un soignant entre dans la chambre pour évaluer la situation, le fils le bouscule. « Vous êtes inhumains de la laisser comme cela ».

Ces trois vignettes cliniques nous montrent un échantillon de la « violence ordinaire » subie par les soignants en soins palliatifs. L'inacceptable décès de son enfant, la symbolique de l'arrêt de la nutrition, la culpabilité de l'absence, expliquent dans ces situations les réactions des proches. Mais les soignants souffrent... Comment leur venir en aide ?

La violence est inexorable en fin de vie. Elle peut avoir de multiples origines. Inhérente à la maladie grave, au parcours de vie, elle peut aussi être due à l'organisation du système de santé, voire être liée aux soins palliatifs eux-mêmes. Les soignants qui travaillent dans ces services font face à un patient et à son entourage, en proie à une souffrance, qui atteint alors son paroxysme. Les équipes, parfois en lien avec une idéalisation du soin, ne sont pas toujours préparées à ces situations et peuvent en souffrir. Les conséquences sont variées, et peuvent toucher l'individu, l'équipe ou l'organisation des soins. On parle souvent de la souffrance des soignants en soins palliatifs du fait des deuils répétés, du risque d'identification, mais peu du fait de la violence. Ce sujet est souvent tu, du fait d'une honte ou d'une culpabilité. La violence mérite pourtant d'être repérée, entendue, évaluée et comprise. De nombreuses techniques ou types d'organisation peuvent être déployés pour limiter la souffrance des soignants.

Travaillant comme médecin dans une équipe de soins palliatifs depuis une dizaine d'années, nous sommes régulièrement confrontée à des situations de tension ou de violence et pouvons en ressentir des conséquences aiguës ou chroniques. Nous sommes également le témoin de la souffrance de nos collègues. Ce travail a été réalisé, afin de mieux comprendre les mécanismes psychiques et relationnels mis en jeu dans ces situations complexes et de mettre en place des outils permettant d'améliorer la souffrance des soignants.

Dans ce mémoire, nous évoquerons la violence des patients et de leurs proches envers les soignants et ses conséquences.

Nous définirons dans un premier temps les concepts, nous discuterons ensuite des conséquences possibles sur les soignants, puis nous aborderons différentes possibilités d'accompagnement de ces situations difficiles. La méthode utilisée est celle de la revue de la littérature. Un projet concret sera proposé pour le service dans lequel nous travaillons.

## II. Contexte et définition des concepts

### 1. La violence en soins palliatifs, sa genèse, ses manifestations

La violence est inéluctable en fin de vie. Le patient est en proie à de multiples pertes : perte de son rôle familial, de sa place dans la société, modifications corporelles, angoisses et incertitudes liées à la mort. L'image de soi, son identité même est menacée. Ses proches sont confrontés à l'impuissance, à la souffrance, à la rupture avec l'état antérieur et au départ à venir. L'incertitude, l'impossible maîtrise de la temporalité exposent à une souffrance extrême. Le patient ou ses proches peuvent alors être incapables d'exprimer leur ressenti en mots. Cela pourra alors se traduire par des phénomènes de violence, notamment auprès des soignants.

Nous définirons la violence dans ce mémoire, à la manière de Nathalie Chazalet, comme « *l'expression brutale d'un vécu douloureux, non transformé par [la personne] en mots, en capacité à attendre, à différer*<sup>1</sup>. » Angélique Bonnaud-Antignaca et al, dans leur texte « Rôle du psychologue face à la violence en fin de vie en soins palliatifs convoquent Bergeret et la notion de « violence fondamentale ». Il s'agit d'un réflexe archaïque, « *l'expression comportementale d'un besoin primitif de toute puissance sous peine d'angoisse de mort* ». « *[Elle] arrive comme tentative du moi de retrouver une emprise sur le monde perceptif ou sur ses désirs à la place d'une sécurité interne impossible ou perdue plus ou moins temporairement* ». <sup>2</sup> Ce type de comportement, de réaction survient quand la communication est rendue impossible par l'émotion, la souffrance. « *Quand il n'est plus possible de parler, ni de comprendre, quand on ne veut plus subir, alors naît la violence pour affirmer que l'on existe* ». <sup>3</sup>

La violence est due à de multiples facteurs : individuels, relationnels, organisationnels et environnementaux et sociétaux.

On l'a vu, la violence est inhérente à la fin de la vie et à ses différentes pertes, mais elle peut également être provoquée ou majorée par les soins et les soignants.

Les soins, et notamment les soins techniques, du fait d'une possible « désubjectivation », peuvent en effet favoriser ce phénomène. L'effraction dans le corps de divers matériels, (cathéters, pansements...) les évaluations cliniques, les toujours plus nombreux examens d'imagerie peuvent entraîner une impression de « mise en objet » du corps.

L'asymétrie entre les soignants et le soigné, est également une forme de violence.

Le milieu de l'hôpital contemporain, ou l'intrusion de l'hôpital à la maison peuvent parfois entraîner une perte de repères, un climat difficile.

---

<sup>1</sup> Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence  
Nathalie Chazalet, et al. Pratiques en santé mentale 2014/4

<sup>2</sup> L'Évolution Psychiatrique Volume 73, Issue 3, July–September 2008, Pages 509-516

Rôle du psychologue face à la violence de la fin de vie en soins palliatifs Angélique Bonnaud-Antignaca et al

<sup>3</sup> Réponses à la violence : rapport à M. Le Président de la République Alain Peyrefitte, 1977

Les soins palliatifs eux-mêmes peuvent y concourir<sup>4</sup> ; en voulant pacifier, apaiser cette étape de la vie, ils peuvent attiser la situation. L'image, erronée, des soins palliatifs comme l'abolition complète de tout symptôme est délétère. La fin de vie est violence et la psychologisation à outrance, le développement à l'excès de la dimension affective ne font que renforcer cette notion. Dans son texte, « L'impensé des soins palliatifs ou beaucoup de bruit pour rien », Martine Derzelle nous interroge : « *Ce qui est refoulé faisant toujours retour, les limites apparaissent aujourd'hui, sous forme d'une dramatique impasse : cette représentation consensuelle et univoque du mourir qui nous est proposée ou plutôt qui nous est imposée collectivement tous azimuts à grand renfort de formules et d'effets d'annonces, représentation indissociable d'une inflation considérable sur une relation idéale avec le malade où abondent les illusions de complétude et de négation de toute violence, homélie réitérée d'une communication parfaite et d'une proximité adéquate avec le malade et entre soignants, semble bien constituer l'effet involontairement pervers d'une démarche aboutissant parfois à ce contre quoi elle prétendait s'insurger, soit la production d'une violence.* »<sup>5</sup>

Nous pourrions également évoquer ici le texte « l'invention du mourant, violence de la mort pacifiée. »<sup>6</sup> de Robert William Higgins, qui se questionne sur la pertinence et les risques de la création d'unités dédiées aux mourants.

Pour finir, nous mentionnerons les logiques politico-économiques qui peuvent favoriser ce phénomène. Les temps d'écoute, d'échanges et de partage sont peu favorisés, au profit d'actes techniques. On rencontre parfois des patients qui ne rentrent dans aucune « case administrative », pour lesquels aucune structure de soins n'est adaptée, et qui peuvent ressentir un sentiment d'être un fardeau pour la société.

Toute cette violence, subie par le patient, ses proches, peut être adressée en miroir aux soignants.

Cela peut se manifester de multiples façons, les modes de communications défensifs en sont les exemples les plus fréquents. Les soignants de soins palliatifs sont également confrontés à des demandes incessantes ou inappropriées, d'origines multiples, mais pouvant être une forme de violence. Certains refus de soins peuvent aussi être interprétés de cette façon.

---

<sup>4</sup> Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs Stéphane Amar, Le journal des psychologues Avril 2009

<sup>5</sup> L'impensé des soins palliatifs ou « beaucoup de bruit pour rien... » Martine Derzelle, Gérard Dabouis Dans Cliniques méditerranéennes 2004/1 (no 69), pages 251 à 268

<sup>6</sup> L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée Robert William Higgins Esprit No. 291 (1) (Janvier 2003), pp. 139-169

## 2. La souffrance des soignants

Dans ce mémoire, nous utiliserons le terme de soignants pour évoquer tous les membres de l'équipe interdisciplinaire autour du patient. En effet, chaque membre du personnel peut être impacté. Il peut toutefois exister des spécificités en fonction des types de métier ; nous citerons l'exemple des aides-soignants, qui sont dans une relation extrêmement proche avec le patient, notamment dans le rapport au corps.

Nous définirons la souffrance comme une « *expérience subjective se situant entre malaise et mal-être personnel et professionnel, fondée sur la conviction d'un inaccomplissement entre une visée du bien et sa possible réalisation* »<sup>7</sup>

La souffrance des soignants en soins palliatifs a de multiples facettes et de multiples causes. Les deuils répétés, la confrontation à des corps abîmés et à des personnes en proie à des souffrances intenses exposent au risque de souffrance psychique. La « juste distance » est parfois difficile à appréhender. Des projections peuvent avoir lieu.

On peut également noter une autre forme de souffrance en lien avec le deuil de la « médecine pour guérir » et le regard des autres soignants. Ces derniers peuvent parfois avoir une image péjorative de la fonction, ou parfois *a contrario* un sentiment de convoitise, notamment par rapport aux moyens disponibles (temps, matériel...) par exemple dans les structures de type unité de soins palliatifs. La problématique de la reconnaissance des pairs est fréquente.

Le poids de la société et le rôle social peuvent également être un fardeau. Les évolutions anthropologiques ont totalement modifié le rapport de l'Homme à la souffrance, à la mort. En effet, la fin de vie est de plus en plus taboue, occultée, et finalement laissée entre les mains de la science et des différents soignants.

Par ailleurs, on peut citer la souffrance « éthique », dans ces nombreuses situations où le soignant est face à des conflits de valeur. L'organisation des soins, la logique administrative peuvent renforcer ces conflits.

---

<sup>7</sup> Frontières La souffrance des soignants en soins palliatifs Dominique Jacquemin Volume 17, Number 2, Spring 2005 Surtout, ne pas souffrir

### III. Les conséquences

Les conséquences de la violence dans le soin peuvent être multiples, sur le plan de l'individu, du collectif ou de l'organisation.

#### 1. Sur le plan individuel

Sur le plan individuel, les mécanismes de défense sont complexes et variés, allant du sur-investissement à la fuite ou au cynisme.

Dans l'instant de l'entretien, le soignant peut, en réaction à la violence, utiliser lui-même un mode de communication défensif, rentrer dans un rapport de force qui ne pourra qu'être nuisible sur le plan relationnel. L'impression d'être agressé pourra altérer la capacité à prendre du recul sur les situations, à trouver la juste distance. On constate parfois des passages à l'acte.

Un état de sidération peut également avoir lieu, le soignant se sentira alors désemparé, envahi par un sentiment d'impuissance.

Des adaptations de comportement inconscientes pourront être rencontrées comme la fuite des entretiens, le cynisme, la froideur ou la rigidité.

De façon plus chronique, la confrontation répétée à des épisodes de violence peut entraîner des phénomènes d'anxiété, de stress post traumatiques voire de dépression.

Un sentiment de dévalorisation de soi, de sa fonction peut alors avoir lieu. Le soignant peut souffrir d'une blessure narcissique, du fait d'un trop grand décalage entre son idéal de soin, son investissement et ce qu'il juge comme une absence de reconnaissance. Il ne peut alors satisfaire pleinement son besoin inconscient de se sentir utile à l'autre.

Ce ressenti peut se transformer en rancœur contre son métier, ses collègues, l'institution, les patients ou les proches.

Une lassitude peut se créer, avec une perte de sens dans sa fonction.

Il peut également y avoir des conséquences sur la qualité des soins auprès du patient ou des proches responsables de l'événement violent.

A l'inverse, certaines personnes pourront se surinvestir dans leur travail, s'exposant alors au risque d'épuisement.

Les pathologies addictives peuvent également être favorisées.

Le ressenti de culpabilité est plus spécifique des situations de violence dans le cas de pathologies graves. Le soignant ne se sentira alors pas légitime dans sa souffrance du fait des difficultés importantes que le patient ou ses proches peuvent ressentir.

Ces situations renforcent la complexité de la prise en charge de l'évènement aigu ; par exemple, un simple rappel au cadre ou au règlement ne peut être envisagé dans ces situations de souffrance extrême, où une multitude d'évènement est en jeu.

Par ailleurs, le soignant pourra avoir des difficultés à évoquer cette violence, il pourra ressentir une honte à en parler.

Le groupe ou la société pourront justifier, voire banaliser ces événements, pourtant traumatiques du fait du contexte.

## 2. Sur le plan collectif, du groupe et de l'institution

Au niveau du groupe, un climat de violence peut se retrouver dans l'équipe. Des tensions peuvent se créer, surtout si les conflits ne sont pas retraités à froid et s'enkystent. La violence refoulée peut former un cercle vicieux et tendre les relations entre collègues.

Dans ces situations complexes, on assiste parfois à des clivages entre les bons et les mauvais objets. Le patient ou les proches, de façon inconsciente, pourront avoir un comportement différent en fonction des soignants qu'ils rencontrent. Une atmosphère délétère se crée alors, l'unité du groupe est mise à mal et la dynamique est rompue. L'essence même du service est en jeu.

Sur le plan organisationnel, d'éventuels arrêts de travail peuvent également déstabiliser le groupe. En augmentant la charge de chacun, ils peuvent se faire en cascade et altérer la qualité des soins.

Au niveau de l'organisation des soins, on peut également retrouver une iniquité du temps passé auprès des autres patients ou de leurs proches.

## IV. Accompagnement du travail des soignants

### 1. Repérage et compréhension du sens de la violence

#### a. Besoins

La première étape, et non la moindre, sera de reconnaître l'existence de la violence. Reconnaître la violence, la nommer, la comprendre comme un ressenti difficile de la situation, et y poser des limites personnelles et institutionnelles est primordial, à titre individuel, de l'équipe et de l'institution.

Certaines situations à risque, pourront être repérées en amont, avant que l'épisode n'arrive et travaillées en équipe. Il faudra notamment surveiller les situations où il y a déjà eu des moments de violence dans d'autres services, où il y a un désaccord au sein de la famille, mais également les cas où il semble y avoir une « trop bonne acceptation ».

Le travail en équipe, les réunions régulières, le soutien informel contribueront au diagnostic des événements aigus. Les différents membres de l'équipe essaieront de repérer les différentes formes de violence et les comportements associés.

Les causes possibles de ces situations de violence seront recherchées. Des moyens seront mis en regard pour essayer de pallier au maximum à ces situations.

Il faudra ensuite adapter la communication, les attitudes du soignant, ajuster la gestion de la situation de façon individuelle et collective.

#### b. Actions et moyens pour le repérage et la gestion de la situation « à chaud ».

Il est nécessaire pour les soignants d'acquérir un socle de connaissances sur la question de la violence dans les soins en général, et lors des situations de maladie grave en particulier. La définition de la violence, ses différentes formes, ses conséquences sur les soignants, le soigné, l'équipe et l'institution doivent être abordées.

Des techniques de communication doivent être apprises, notamment l'écoute active et les techniques de reformulation. Lors des entretiens, la parole sera d'abord donnée au patient ou au proche, et non au soignant. Il s'agit de permettre au sujet d'exprimer son ressenti, puis de le reformuler sans déformer ses propos, afin de bien comprendre les attentes, les problématiques.

Il ne s'agit pas d'empêcher l'expression de la violence, inhérente à la situation, ce qui est reviendrait à nier l'Autre en tant que sujet, mais de la comprendre et de l'interpréter. Ce point est primordial dans les situations de maladie grave. La violence a besoin d'être exprimée et il

faut l'entendre. Toute la difficulté sera de la canaliser, d'en analyser les causes sans la justifier, au risque de la banaliser.

Il est très intéressant que les équipes se forment aux techniques de base de la communication non violente développée par Marshall B. Rosenberg.

La communication non violente a été définie par Rosenberg comme « *le langage et les interactions qui renforcent notre aptitude à donner avec bienveillance et à inspirer aux autres le désir d'en faire autant* ». Le pouvoir des mots et du comportement est important. La CNV (communication non violente) comporte schématiquement quatre étapes<sup>8</sup>, qui sont bien sûr à adapter aux différentes situations :

-l'Observation : La personne décrit de façon objective et concrète les faits, sans évaluation ni jugement.

-les sentiments : Les sentiments ressentis face à cette situation sont exprimés, en utilisant le pronom « je ».

-les besoins : les besoins qui sont la source du sentiment ressenti sont exprimés clairement.

-la demande : enfin, une demande réalisable, précise, simple et claire est formulée. Elle doit être exprimée de façon positive.

Cette technique de communication est tout à fait adaptée pour les entretiens dans le cadre des soins palliatifs.

## 2. L'organisation de l'équipe

Une équipe unie, dynamique, avec un cadre bien défini sera moins exposée à la violence, car elle sera capable d'anticiper les situations difficiles, de s'adapter en situation de crise. Le guide de l'HAS<sup>9</sup> « Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé. L'équipe face aux situations de violence : valeurs, projet, fonctionnement, évaluation » est plutôt destiné aux équipes de psychiatrie, mais peut s'adapter à tout service. L'équipe sera un rempart face aux situations difficiles. A contrario, un manque de cohésion, un déficit de communication, de transmission sont le terreau des conflits.

---

<sup>8</sup> Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) Marshall B. Rosenberg, 2016 édition La découverte

<sup>9</sup> Guide HAS Guide pour l'élaboration d'un projet de service partagé. L'équipe face aux situations de violence : valeurs, projet, fonctionnement, évaluation. Outil 12.

#### a. La démarche participative

La démarche participative dans les soins est obligatoire en soins palliatifs et a été définie par la circulaire ministérielle du 22 Février 2002 : « asseoir et développer les soins palliatifs dans tous les services (et à domicile), en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches, par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants. »

Quatre axes la définissent : les réunions pluridisciplinaires, la formation interne, le soutien aux équipes et la démarche projet.

#### b. La cohésion d'équipe autour du projet de service

Le projet de service doit être clair, bien défini et connu de tous. Les critères d'admission, les objectifs de l'hospitalisation dans le service de soins palliatifs sont précisés. Les conditions d'accueil doivent également être prédéfinies. Le rôle propre et le champ de compétence doivent être connus de tous les soignants. Une fois l'équipe sécurisée par ce cadre, elle peut être sûre pour les patients et leurs proches.

#### c. L'importance du management

Le cadre de santé et le chef de service doivent être présents régulièrement sur le terrain. En cas d'absence, le relais doit être précisé aux soignants. Des rencontres formalisées et régulières doivent avoir lieu entre les responsables. Le soutien des dirigeants dans les situations de crise « à chaud » et a posteriori est important. Des temps d'échanges réguliers permettent de limiter les conflits et les incompréhensions.

#### d. L'importance du projet de soins personnalisé

Le projet de soins personnalisé du patient doit être connu de tous les soignants. La participation à ce projet, via les réunions interdisciplinaires régulières permet d'enrichir la prise en charge et de limiter la souffrance des soignants. Les besoins du patient, de ses proches, des membres de l'équipe par rapport à la situation sont évoqués et la prise en charge est adaptée. Par ailleurs, la connaissance des dernières nouveautés concernant le patient, via les réunions et les transmissions, permet une communication plus fluide avec ce dernier et ses proches, permettant de limiter les sources de conflits.

#### e. L'environnement, les règles de fonctionnement du service

Un environnement bienveillant, une atmosphère chaleureuse apaisent les tensions. Les règles concernant les visites doivent être affichées et expliquées dès l'entrée du patient. Les éventuelles exceptions doivent être discutées en équipe et écrites.

La première rencontre, lors de l'admission est souvent déterminante sur le plan relationnel. Il est primordial d'accorder un espace de paroles au patient et à sa famille, de s'assurer d'une communication régulière en expliquant les différents moyens à disposition du soigné et de ses proches, et d'explicitier clairement les règles du service et les objectifs de soin.

Lors des entretiens où pointe une atmosphère de violence, il est important de rappeler le cadre, les règles, tout en prenant en compte la souffrance du patient. Laurent Morasz évoque le terme de « fermeté souple ».<sup>10</sup>

#### f. Le travail en interdisciplinarité, le travail en binôme

Le travail en interdisciplinarité est primordial dans le soin en général, dans les soins palliatifs en particulier. Selon Jean-Michel Lassaunière, *« l'interdisciplinarité vise à exprimer la dynamique entre les personnes qui échangent à partir de leurs domaines de connaissances. Il ne s'agit pas d'accoler des séries de connaissances, mais par le jeu du dialogue, de les mêler pour qu'elles s'altèrent mutuellement. »* Chacun doit rester dans son rôle propre, et apporte son regard sur la situation du patient. L'interdisciplinarité permet une meilleure compréhension des situations grâce à ces regards croisés, une vision globale du patient. Par ailleurs, le travail en binôme est également très intéressant, notamment lors de certains entretiens difficiles. Lors des situations de violence, il permet de limiter l'affrontement individuel. La dynamique de l'entretien est différente. Lorsqu'un des membres du binôme est en difficulté, l'autre peut également prendre le relais.

#### g. La supervision, l'analyse des pratiques professionnelles en groupe

La supervision est un groupe de travail formalisé, avec un intervenant extérieur, qui permet de mieux appréhender certaines situations de soins complexes.

Les bénéfices sont multiples<sup>11</sup>, on peut citer une meilleure compréhension de la situation grâce au partage. Un autre objectif est de prendre du recul, de voir les choses sous un autre angle. Face à des situations de crise, d'impasse, la supervision peut proposer plusieurs issues.

---

<sup>10</sup> Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence Nathalie Chazalet et al. Pratiques en santé mentale. 2014/4 60<sup>ème</sup> année p21 à 24

<sup>11</sup> Multiples bénéfices de l'analyse des pratiques professionnelles en groupe : quels éléments clés les favorisent ? Marc Thiebaut. Revue de l'analyse de pratiques professionnelles n01 (2013)

Elle s'inscrit dans une temporalité différente du temps habituel des soins. Elle permet aussi de développer le sentiment d'appartenance à l'équipe. L'entraide et l'accompagnement renforcent le groupe. L'interdisciplinarité est alors mise en exergue : chaque individu, suivant son rôle propre, de son identité, évoque son vécu de la situation.

#### h. Les RMM revues de morbi-mortalité ou comités de retour d'expérience

Lorsqu'un événement violent survient, il est intéressant de le travailler en équipe a posteriori. Cela permet d'évoquer les dysfonctionnements et d'essayer d'y pallier afin de s'améliorer. Il s'agit finalement d'une remise en question de la prise en charge, dans le sens positif du terme, dans le respect de l'analyse de chacun.

### 3. Soutenir les soignants

#### a. Apprendre à mieux se connaître

La question de l'idéalisation des soins est une question primordiale en soins palliatifs. Le choix de se consacrer à cette période de la vie est souvent influencé par l'histoire personnelle et familiale, ou par des rencontres. On retrouve souvent dans les équipes de soins palliatifs des soignants surinvestis, très engagés. Grégoire Chaumaud, dans son article « La souffrance des soignants en soins palliatifs » évoque en citant David E. Weissman, le « soignant martyr. » Celui-ci souffre, sait qu'il souffre, mais pense qu'il doit répondre à tous les besoins du patient et qu'il est indispensable au soulagement de la souffrance. Il évoque également le risque de « co-dépendance » avec le patient, comme dans les situations de proches de patient toxicomane.

S'il est important d'avoir des idéaux pour pouvoir se construire dans son métier, il est important de les critiquer, de les ajuster au réel. <sup>12</sup>L'idéal d'une « belle » mort, sans souffrance, (aseptisée ?) est illusoire et l'image du soignant entièrement dévoué à la cause, n'est bénéfique ni pour le patient ni pour le soignant.

Par ailleurs, il est important de reconnaître que nous sommes êtres d'émotions. L'image de super héros, véhiculée, notamment pendant la période du Covid, dans un contexte d'incertitude et de peur, est délétère.

Prendre conscience de ses limites, les travailler, est un travail primordial lorsque l'on s'occupe de patients atteints de maladies graves. Cela a un impact au niveau de l'individu,

---

<sup>12</sup> Le soignant imaginaire, Catherine Marin, JALMALV n°45, Juin 2021

mais aussi au niveau de l'équipe. Lorsqu'un soignant sent que ses limites sont sur le point d'être atteintes, il est important qu'il puisse les exprimer et passer la main à un collègue. Cela requiert une certaine force et une humilité de la part du soignant et maturité et une confiance au sein de l'équipe.

Un travail personnel régulier, notamment sur la question des valeurs, une supervision personnelle sont souvent bénéfiques.

La question de réaliser toute une carrière dans ce domaine peut se poser. Est-ce possible ?

Il est par ailleurs important de rappeler l'importance d'une hygiène de vie, du respect des besoins du soignant.

#### b. Apprendre à mieux comprendre les situations : la formation

La formation, initiale et continue est indispensable à l'équilibre professionnel. Lorsqu'un soignant entre dans une équipe de soins palliatifs, il est important qu'il ait un niveau de base dans le domaine, commun à l'équipe. Les définitions des concepts doivent être expliquées. Les formations internes et communes à l'équipe sont également très intéressantes, afin de développer une cohésion, un sentiment d'appartenance. Les temps de discussion, hors soins pourront être productifs. Un soignant plus formé sera un soignant plus solide face à la violence.

#### c. Méthodes de développement personnel

Les techniques de méditation pleine conscience sont particulièrement intéressantes dans la gestion de l'agressivité et de la violence. La méditation, définie comme « un état<sup>13</sup> d'attention, de reconnaissance et d'acceptation du moment présent, non entraîné par les pensées ou les émotions » a de nombreux avantages. Elle permet de diminuer le niveau de stress, de diminuer les affects négatifs, d'améliorer les émotions positives et la satisfaction. Sur le plan de la dynamique d'équipe, elle améliore les relations sociales en diminuant l'agressivité, l'impulsivité. On note également des atouts sur le plan de la prise en charge des patients, puisqu'elle améliore la communication centrée sur les patients.

---

<sup>13</sup> Méditation et prévention des risques psychosociaux chez les personnels hospitaliers en santé mentale. Chloé Marotte, Annales médico-psychologiques 178(2020)773-776

#### d. Le « soutien de couloir »

Le soutien de couloir<sup>14</sup> est un soutien informel, très développé dans les équipes de soins palliatifs. En apparence informel, il présente l'avantage de la souplesse. En effet, il n'y a pas de cadre temporel, ni de lieu. Il peut se pratiquer à tout moment, s'interrompre quand les protagonistes le souhaitent. Les conditions préalables à son bon fonctionnement sont la confiance et la sincérité. Il peut apporter une écoute, un soutien sur des questions professionnelles ou plus personnelles, une réassurance sur les pratiques ou une validation, mais aussi une reconnaissance du rôle propre du soignant. Il favorise par ailleurs le partage et l'interdisciplinarité. En revanche, il ne se substitue en aucun cas aux groupes de paroles et de supervision, n'a pas les mêmes objectifs et rôles.

#### e. Emergence de la parole par les soignants

Le groupe de parole<sup>15</sup> est un temps collectif, basé sur le volontariat, un lieu d'échanges, un temps dédié qui permet de déposer ses propres émotions, afin de les analyser, de les transformer, sans jugement. Il est interdisciplinaire, a lieu sur le temps et le lieu de travail. Pascal Roman<sup>16</sup> décrit ce groupe comme « une peau pour les pensées », une peau qui enveloppe et qui contient, qui protège et permet les échanges. L'objectif est de verbaliser la souffrance, d'évoquer ses émotions.

Il est primordial de définir les règles de ce groupe, les participants, le lieu, l'horaire. La confidentialité, le respect, le non-jugement, un écart suffisant entre les faits privés et les faits professionnels sont les pré-requis du bon fonctionnement du groupe. Chaque personne parle en son nom propre et respecte la parole de l'autre. Les émotions sont déposées, respectées, analysées. Ce groupe peut être une soupape, un temps de recul où l'on peut se confier, où l'on peut prendre conscience des émotions des collègues. Les participants peuvent prendre conscience qu'il y a une dynamique collective, un travail en équipe, mais que chaque individu a une vision et un ressenti de la situation. On peut y retrouver l'expression de conflits, mais le groupe apportera une certaine contenance, l'animateur apaisera le débat. L'animation et le maintien d'un groupe de parole est un travail d'équilibriste. En effet, il est important qu'il y règne un climat de confiance, de respect. On retrouve parfois des clivages, entre les membres présents au groupe et ceux qui n'y ont pas participé. Certains peuvent y venir pour y « régler leurs comptes ». Enfin, il est primordial que l'institution soutienne la création et la pérennisation du groupe, financièrement, et éthiquement.

---

<sup>14</sup> Le soutien de couloir : un soutien informel destiné aux soignants Sabine Decamp et al. Médecine et hygiène 2002/vol 17 p 16 à 19.

<sup>15</sup> Le groupe de parole en institution, Face à la souffrance au travail : des psychologues du personnel Le journal des psychologues, Avril 2015 n°326 Caroline de Sainte Marie, Martine Ruszniewski.

<sup>16</sup> Un groupe de parole en soins palliatifs, le groupe comme une peau, Pascal Roman, Médecine et hygiène, 2011/3 vol26 p293 à 296

f. Les groupes de « débriefing »

Différents des groupes de paroles institutionnels du fait de leur caractère ponctuel, ils sont importants dans un moment de crise. Ils permettent une écoute du ressenti des différents protagonistes, une libération de la parole. Ils évitent l'enkystement de situations douloureuses ou traumatiques. L'idéal est de le faire avec une personne extérieure au service. La question de la temporalité est délicate. Ils ne doivent pas être faits trop tard après l'événement.

g. Faire connaître les recours possibles

Les services de santé au travail sont souvent bien identifiés par les soignants. Il est toutefois intéressant d'en rappeler les différents rôles. « *Leur mission est d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi.*<sup>17</sup> A cette fin, ils :

- *Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;*
- *Apportent leur aide à l'entreprise, de manière pluridisciplinaire, pour l'évaluation et la prévention des risques professionnels ;*
- *Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer la qualité de vie et des conditions de travail, en tenant compte le cas échéant de l'impact du télétravail sur la santé et l'organisation du travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;*
- *Accompagnent l'employeur, les travailleurs et leurs représentants dans l'analyse de l'impact sur les conditions de santé et de sécurité des travailleurs de changements organisationnels importants dans l'entreprise ;*
- *Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ;*
- *Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ;*

---

<sup>17</sup> Code du travail, consulté sur Légifrance le 10/11/2022  
[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section\\_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160792/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006160792/)

*-Participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique. »*

Il existe également des associations d'entraide, qui proposent selon les structures et les situations des formations, des lignes d'écoutes, des documentations. Elles garantissent l'anonymat.

On peut notamment citer l'association MOTS, joignable au 0608282589 ou association-mots.org. Cette association, créée en 2010 à l'initiative du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne a pour objectif de prévenir et prendre en charge l'épuisement personnel et professionnel des différents professionnels de santé. Elle propose un accompagnement global et professionnel sur du long terme.

L'association Soins aux professionnels de santé, a les mêmes objectifs et propose également une ligne d'écoute pour venir en aide aux étudiants et aux soignants. 0805232336. Des documents et une offre de formation sont disponibles.

Certains collèges de professions ont proposé des outils d'aide à la prise en charge, on peut par exemple citer le collège d'anesthésie qui a proposé une aide concernant une conduite suicidaire observé chez un collègue.<sup>18</sup>

La chaîne Youtube du Tuto Tour est également une ressource très intéressante et didactique.

---

<sup>18</sup> Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs  
Commission SMART : fiches pratiques Conduite à tenir face à un collègue aux propos suicidaires

## V. Discussion et propositions concrètes pour notre service

### 1. Etat des lieux dans notre service

Nous travaillons dans une équipe de soins palliatifs (équipe mobile et unité de soins palliatifs) au sein d'un CHU. L'unité est composée de 10 lits. L'équipe mobile et l'unité sont sur deux lieux différents suite à un déménagement il y a quelques années. Cette scission a vu naître différentes problématiques, et a pu mettre en déséquilibre l'unité de l'équipe. La réunion des équipes est à nouveau prévue sur un nouveau lieu d'ici quelques mois. L'équipe est composée d'IDE, d'AS, d'une kinésithérapeute, d'un assistant social, d'une secrétaire, de deux psychologues, d'une socioesthéticienne, d'un cadre de santé, de médecins et de bénévoles.

Dans un premier temps, nous avons réalisé des entretiens informels afin de voir si les quelques personnes interrogées se sentaient concernées par la question de la violence dans les soins, au sein de notre unité de soins palliatifs et étaient intéressés par la mise en place d'un programme sur cette question. Il était prévu initialement d'exposer le sujet du mémoire, de définir les concepts, et notamment la définition de la violence que nous avons retenue. Cela n'a pas été nécessaire, car les différentes personnes interrogées ont immédiatement évoqué des situations qui pouvaient correspondre au thème choisi. Ces discussions ont montré que non seulement les soignants étaient intéressés par la problématique, mais qu'ils étaient contents d'avoir un espace de parole, même s'il s'agissait d'un « soutien de couloir ». Ce soutien, que nous avons entre nous au sein de l'équipe a d'ailleurs été cité en termes de ressources en tête de liste. La supervision a également été évoquée. L'existence de la médecine du travail a été abordée, mais ses limites ont été rapidement mises en avant, notamment en ce qui concerne la crainte de problématique de confidentialité, les moyens et l'impact des propositions. Les associations de type MOTS n'étaient pas connues des personnes interrogées. Il en est de même de la communication non violente, qui a particulièrement intéressé les soignants, avec un impact tant sur la sphère privée que professionnelle.

Le caractère tabou de la question de la violence a été évoqué. « On ne peut pas plaindre, on n'est pas dans leur situation. »

Ce mémoire a été réalisé sur un temps où notre équipe était fragilisée sur un plan organisationnel, du fait de l'absence imprévue et de longue durée d'un membre important de l'encadrement. Nous avons pu voir les situations de tension se multiplier. L'importance du management et de la présence au quotidien a bien été mise en évidence.

Le côté architectural actuel a été évoqué auparavant. Plusieurs soignants travaillent, en collaboration avec les architectes et l'administration sur le projet du nouveau service qui réunira les deux équipes.

Dans notre service, une supervision mensuelle est en place. Des groupes de paroles ont été tentés, mais sans succès. Après avoir été arrêtée, en lien avec des questions budgétaires et avec la pandémie, la supervision vient d'être relancée, avec un autre animateur. Elle attire un

certain nombre de soignants. Initialement prévue pour discuter de situations complexes de patients afin d'améliorer leur prise en charge, les soignants évoquent de plus en plus leur souffrance, qu'elle soit personnelle, organisationnelle ou institutionnelle. Les soignants semblent en tirer un bénéfice.

Nous n'avons pas dans le service l'habitude d'organiser des réunions de morbi-mortalité ou de retour d'expérience.

Ces derniers temps, plusieurs réunions de « débriefing » ont été organisées, dans des contextes de crise importante. Celles-ci ont été jugées plutôt bénéfiques.

Des séances de méditation avaient été mises en place par les psychologues pendant la période du Covid, par les psychologues du service. Le succès a été au rendez-vous avec un bénéfice ressenti des participants. Cependant, peu d'infirmiers et d'aides-soignants y prenaient part, du fait de contraintes temporelles et de charge de travail. Par ailleurs, ce temps étant pris sur le temps personnel, cela a participé aux difficultés.

Des séances de « yoga du rire » avaient également été organisées, à l'initiative d'un médecin du service. L'institution était partie prenante dans le projet qui avait été budgétisé. La problématique actuelle est une difficulté à trouver un lieu dans le service. Notre futur déménagement devrait régler en partie la question.

Le soutien informel au sein de l'équipe est très présent, bien que les manifestations de convivialité aient été mises à mal par la pandémie.

Sur le plan des projets de soins personnalisés pour les patients, des relèves « améliorées » ont lieu tous les matins. Une réunion consacrée au projet des patients a normalement lieu une fois par semaine. Malgré ces temps dédiés, la qualité de la communication n'est pas toujours au rendez-vous et les soignants ont exprimé des difficultés en termes d'information et de transmission. L'organisation médicale est en partie responsable des difficultés actuelles, la multiplication des temps partagés ou des temps partiels entraînant un casse-tête pour la réalisation de la réunion. Parfois, cette dernière est annulée, ce qui entraîne un déficit d'information.

Le travail en binôme est quasi-constant entre les IDE et les AS. Il est devenu moins fréquent avec les médecins, notamment du fait de la présence en plus grand nombre d'étudiants en médecine en apprentissage.

Des rencontres avec les différentes équipes régionales ont lieu, via la télémédecine, mais ce sont surtout les médecins et les psychologues qui y participent. Ces réunions ayant lieu le matin, les soignants en poste ne peuvent y participer.

Nous avons contacté d'autres équipes de soins palliatifs afin de savoir comment ils prenaient en charge la question de la souffrance des soignants. Des organisations assez similaires ont été évoquées. Une équipe a proposé, avec un certain succès des séances de soins du corps. (massages, soins d'ostéopathie).

## 2. Propositions concrètes

Après cet état des lieux et la recherche bibliographique, nous avons fait plusieurs propositions concrètes.

### a. Formation

Dans un premier temps, une formation de tous les professionnels du service sur le thème de la violence dans les soins pourrait être envisagée. Il s'agit de la proposition qui nous paraît la plus importante. La réalisation de cette formation par un organisme extérieur pourrait écartier la problématique de la hiérarchie. Par ailleurs, la réalisation de cette formation sur un temps commun améliorerait la cohésion de l'équipe. Une formation sur deux temps avec la moitié de l'équipe pourrait peut-être s'envisager, le service ne pouvant fermer pendant ce temps d'apprentissage. Le temps du déménagement, pourrait être utilisé, le nombre de patients étant moindre. Cela pourrait par ailleurs lancer une nouvelle dynamique. Plusieurs types de structures ont été évoquées pour cette formation, et trois solutions ont été retenues.

L'encadrement du service est favorable à cette proposition.

L'idéal serait une structure spécialisée dans les soins palliatifs, comme par exemple l'organisme de formation Carte de la structure Jeanne Garnier. Des formateurs peuvent se rendre sur place.

Le centre de ressources CNV local nous a également été conseillé.

Des ressources internes au CHU pourraient également être contactés, via la formation permanente ou d'autres équipes confrontées à cette problématique, comme par exemple la psychiatrie.

Des devis ont été lancés.

Une formation plus spécifique sur les techniques d'entretien pourra être réalisée en simulation. Nous avons la chance de disposer au sein de notre CHU d'un centre de simulation, avec la présence d'acteurs. Cette formation serait plutôt destinée aux internes en médecine que nous formons. Des cas concrets de situation de violence en entretien pourront être proposés. Ce type de formation est déjà mis en place au sein de notre pôle et nous participons à cet enseignement.

### b. Organisation du travail

La préparation des entrées, en collaboration avec l'équipe mobile ou avec les intervenants extérieurs pourra être améliorée, notamment par l'acquisition de tous les courriers en amont de l'entrée, et par un contact systématique avec les équipes référentes en structure comme au domicile dès l'arrivée du patient. (appel au médecin traitant et aux IDEL)

Dans les situations qui paraissent plus sensibles, des entretiens en amont de l'accueil pourront être réalisés. (patient ou proche (en accord avec le patient) selon les situations cliniques). Ceux-ci avaient lieu auparavant, et étaient réalisés par le cadre de santé, mais avaient été stoppés avec l'apparition de la pandémie.

Au niveau de l'organisation du travail, on insistera sur l'importance du déroulement du premier entretien avec le patient et sa famille, en binôme IDE/médecin, qui sera suivi d'un retour à l'équipe.

On veillera à la régularité des réunions de projets-patients. Une nouvelle organisation de l'équipe médicale va avoir lieu, avec notamment l'arrivée d'un chef de clinique, qui pourra apporter plus de continuité à la prise en charge.

En cas de situation conflictuelle, les réunions de débriefing « à chaud » qui viennent d'être mises en place pourront être poursuivies. Il conviendra de réfléchir en équipe aux personnes qui doivent y participer.

Les réunions de morbi-mortalité pourront être mises en place, dans une temporalité différente. Cependant, il conviendra d'être accompagné pour les premières fois, aucune personne de l'équipe n'ayant l'expérience de telles réunions. L'intérêt des RMM et le déroulé, notamment le fait qu'il ne s'agit pas d'un jugement, mais d'une description du déroulé dans un objectif d'amélioration devront être expliqués à l'équipe. La vidéo du Tuto Tour consacrée à ce type de réunion pourra être exposée à l'équipe.

### c. Organisation environnementale

Lors de notre déménagement, une nouvelle organisation de l'espace a été proposée, avec notamment, un accès à l'extérieur dont nous ne pouvons plus bénéficier dans notre structure actuelle. L'aménagement des chambres et des salles réservées aux accompagnants devront bénéficier d'une attention particulière.

### d. Soutien à l'équipe

Les séances basées sur le développement personnel (méditation, yoga du rire) devraient reprendre avec notre déménagement.

La supervision sera maintenue.

Il nous a paru important de mettre à disposition de l'équipe différentes ressources concernant la question de la violence et celle de l'épuisement professionnel.

L'ouvrage de Marshall Rosenberg sur la communication non violente pourra être consultable dans notre bibliothèque.

Un accès aux vidéos du tutotour sur le burn-out serait également intéressant. Une information concernant ces ressources a été faite à l'équipe. Nous disposons d'un dossier partagé où nous proposons différents types de documents. (annuaires des structures, référentiels, projet de service...). Le lien vers les vidéos y aurait tout à fait sa place.

La plaquette de l'association MOTS, a été proposée en salle de repos, et l'affiche exposée. Nous avons travaillé à une affiche propre à notre service, qui doit être discutée avec notre encadrement et le service de santé au travail.

### 3. Avantages et limites

Notre équipe de soins palliatifs est une équipe assez limitée en nombre, et relativement stable. Cela procure un avantage certain, notamment pour réaliser des formations. Par ailleurs, tous les membres du personnel sont volontaires pour travailler dans le domaine des soins palliatifs.

L'encadrement est favorable à la mise en place d'un tel programme et à l'ouverture vers d'autres disciplines. Nous avons également des liens avec la faculté de sciences humaines, ce qui peut être intéressant.

Notre déménagement futur, qui réunira les deux équipes doit être perçu comme une chance et un renouveau. Nous pourrions profiter de cet événement pour former à nouveau les équipes et nous réorganiser.

Les limites sont avant tout financières, notamment pour le coût des formations. Par ailleurs, la crise actuelle de l'hôpital public implique que les soignants aillent remplacer dans d'autres services et les temps dédiés de formation, y compris les formations de base sont réduites à peau de chagrin.

Nous évoquons ici les limites institutionnelles et environnementales, mais le thème de la violence étant particulièrement sensible, il se peut qu'il y ait des résistances internes.

## VI. Conclusion et perspectives

La violence est inéluctable en soins palliatifs. Les soignants y sont confrontés de façon régulière, et peuvent en souffrir. Les conséquences sont multiples, peuvent être chroniques et graves.

Il est nécessaire que cette violence soit exprimée, mais elle doit être comprise, analysée et canalisée.

Ce travail nous aura permis de mettre en exergue différentes composantes qui concourent à la violence et d'autres qui permettent de l'accompagner. Il nous aura permis de prendre un certain recul sur différentes situations vécues. De nombreuses variables rentrent en jeu, certaines sur lesquelles on peut influencer, d'autres peu ou pas. Une prise en charge singulière est nécessaire. Un travail est indispensable sur le plan individuel et collectif. Nous avons proposé un programme relativement simple, qui va progressivement être mis en place dans notre unité. Il conviendra d'en évaluer l'efficacité et de réaliser un suivi.

## Bibliographie

### *Articles et ouvrages cités*

La souffrance des soignants en soins palliatifs Gregoire Gremaud, Médecine et hygiène 2013, vol 28 p 151 à 152.

La souffrance des soignants en soins palliatifs Jacquemin Dominique Frontières, érudit Printemps 2005 n02 volume 17

Le groupe de parole en institution, Face à la souffrance au travail : des psychologues du personnel Le journal des psychologues, Avril 2015 n°326 Caroline de Sainte Marie, Martine Ruszniewski.

Le soignant imaginaire, Catherine Marin, JALMALV n°45, Juin 2021

Le soutien de couloir : un soutien informel destiné aux soignants Sabine Decamp et al. Médecine et hygiène 2002/vol 17 p 16 à 19.

Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) Marshall B. Rosenberg, 2016

Les risques de violence dans l'accompagnement Malherbe, JF, Frontières Au péril de l'accompagnement, vol 17 N°1, 2004

Le vécu des soignants lors de la réponse à la violence Chazalet N. et al. « Pratiques en santé mentale, De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté 2014 n°4

L'impensé des soins palliatifs ou « beaucoup de bruit pour rien... » Martine Derzelle, Gérard Dabouis  
Dans Cliniques méditerranéennes 2004/1 (no 69), pages 251 à 268

L'invention du mourant. Violence de la mort pacifiée Robert William Higgins. Revue Esprit.

Méditation et prévention des risques psychosociaux chez les personnels hospitaliers en santé mentale. Chloé Marotte, Annales médico-psychologiques 178(2020)773-776

Multiplés bénéfiques de l'analyse des pratiques professionnelles en groupe : quels éléments clés les favorisent ? Marc Thiebaut. Revue de l'analyse de pratiques professionnelles n01 (2013)

Rôle du psychologue face à la violence en fin de vie en soins palliatifs Bonnaud-Antignac A. et al. L'évolution psychiatrique, juillet 2008

Un groupe de parole en soins palliatifs, le groupe comme une peau, Pascal Roman,  
Médecine et hygiène, 2011/3 vol26 p293 à 296

Violence du mourir, violence des soins palliatifs, violence en soins palliatifs Amar S.  
« Le journal des psychologues » 2009/3 n° 266 p 35 à 38

*Ouvrages non cités mais qui ont accompagné ce mémoire*  
Clinique du seuil, Valérie Gasne, édition érés

Mes mille et une nuits Ruwen Ogien, Le livre de poche 2014