linkup coaching
Centre Européen de Formation au Coaching Professionnel

MEMOIRE

Pour l'Obtention de la Certification de Coach Professionnel

R.N.C.P. Niveau I

APPORT DU COACHING
AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Par Patricia Litardi

Superviseur : M. Bruno Dunoyer de Segonzac

Linkup Coaching - Centre Européen de Formation au Coaching Professionnel

Promotion « Pareto » - 63ème session - année 2014-2015

REMERCIEMENTS

Qu'il me soit ici permis de formuler toute ma gratitude à Bruno Dunoyer De Segonzac, mon superviseur, qui, par la pertinence de ses remarques, m'a poussée à porter plus loin mes réflexions et à enrichir mon propos.

Je tiens à assurer ma profonde reconnaissance aux enseignants de Linkup Coaching pour la qualité de leur savoir à la fois théorique et pratique, de leur pédagogie et pour leur humanisme. Grâce à eux, je suis convaincue d'avoir fait le meilleur choix au sujet de la formation pour aborder le métier passionnant de Coach Professionnel.

Je souhaite aussi remercier l'équipe administrative de Linkup Coaching pour sa disponibilité et son professionnalisme.

Mes remerciements vont aussi à tous mes pairs pour nos échanges riches, variés et toujours bienveillants.

Pour finir, je tiens à remercier toutes les personnes qui, chacune à leur manière, m'ont encouragée et soutenue tout au long de cette formation.

Merci à toutes et à tous.

Merci à la vie.

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1

I- COMPRENDRE LE MONDE MEDICAL 3

A- Les structures et leurs contraintes 3
1. Les différentes organisations 3
2. Les impératifs économiques et normatifs de fonctionnement..... 4

B- Analyse de la situation professionnelle des soignants 5
1. Des conditions de travail difficiles 5
2. Le changement de comportement des patients 7

C- L'impact du contexte sur la vie professionnelle et personnelle des soignants 9
1. Prégnance du stress et du burn out sur fond psycho-social..... 9
2. Des préjudices en cascade 13
3. Les dispositions institutionnelles 16

II- LES POINTS CLEFS DU COACHING 19

A- Une discipline professionnelle 19

B- La création d'un espace dédié au coaché 20
1. L'Instauration d'un rapport collaboratif 20
2. L'application de la devise 3P 21
3. La pratique de l'écoute active 22
4. Une attention à la réalité du coaché 24

C- Coacher ou l'alliance d'un savoir-être et d'un savoir-faire 25
1. Une stratégie de questionnements 25
2. L'homme, un être social approché par l'Analyse Transactionnelle 28
3. L'homme, un être de perceptions, abordé par la Programmation Neuro-Linguistique 29
4. L'homme, des ressources à savoir chercher, déployer et utiliser 32

III- LE COACHING DANS SON APPROCHE DES PARTICULARITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE 35

A- Les soignants 35
1. L'influence des drivers 35
2. Le rôle du coach 36

B- Les cadres de santé 37
1. Une profession en évolution 37
2. Le rôle du coach 37

C- Les dirigeants 39
1. Les spécificités de la fonction 39
2. Le rôle du coach 39

IV- LE COACHING, UNE THERAPIE CONTRE CERTAINS MAUX 41

A- La perte de sens 41
1. Les causes 41
2. Apport du coaching 41

B- Les jeux relationnels 44
1. La relation soignant-soigné et le triangle de Karpman 44
2. Le triangle dramatique vu sous d'autres angles 46
3. Le rôle du coach 47

V- LE COACHING DE GESTION DES R.P.S. AU NIVEAU COLLECTIF ... 48

A- Modalités d'intervention du coaching 48

B- Un cas concret de traitement des R.P.S. 51
1. Présentation de la structure 51
2. Etat des lieux 52
3. Plan d'actions 54
4. Bilan 56

CONCLUSION 58

TABLE DES MATIERES

BIBLIOGRAPHIE

GLOSSAIRE

INTRODUCTION

Le « Milieu médical », souvent également appelé « Monde médical » désigne l'ensemble de professionnels de la santé. Il constitue un groupe social particulier, une communauté qui, depuis toujours, s'établit en microcosme, véritable reflet de la société.

La discipline médicale s'est structurée dès le IVéme siècle avant Jésus-Christ avec, notamment, la rédaction du serment d'Hippocrate qui instaure, aujourd'hui encore, un code de déontologie en médecine. En y prêtant allégeance de façon solennelle, les futurs médecins s'engagent à se mettre entièrement au service des malades et ratifient, également, leur appartenance à une entité régie par ses propres règles et obligations.
Les hommes, à l'origine, assuraient la protection de l'espèce contre les menaces en luttant contre le mal et la mort, les femmes s'occupaient des soins pour la naissance, le maintien en vie et la mort. Ce paradigme a longtemps perduré ainsi seuls les hommes ont eu un accès exclusif au savoir médical tandis que les femmes étaient cantonnées uniquement aux soins d'hygiène. Au Moyen-âge, le modèle dominant était celui de la religieuse ou de la femme consacrée œuvrant bénévolement, selon la charité et l'amour de Dieu auprès de corps souffrants dignes d'attention car à l'image du Christ. Et Il faut attendre, mai 1968, pour que la profession d'infirmière reconnue par un brevet en 1922[1], commence à se libérer de dogmes d'obéissance, de soumission et d'abnégation, communément alloués aux religieuses.
Le choix de métiers de santé relevant d'une idéale « fonction apostolique »[2] n'est pas anodin et le fait d'être confrontés à la naissance, la souffrance, le vieillissement et la mort, confère aux professionnels une vision singulière non seulement de leur vie mais également de la vie en général. Ces particularités induisent, envers tout ce /ceux qui n'appartient/n'appartiennent pas à ce monde médical, un certain ostracisme et ce d'autant plus que les soignants bénéficiaient jusqu'à une époque récente, d'une position suprême liée à leur pouvoir de guérison et d'amélioration de la qualité de la vie.

Beaucoup de changements sociétaux ont, cependant, contribués à une détérioration de ce statut particulier. En effet, face à la réalité socio-économique défavorable, les autorités de tutelle imposent aux soignants l'axiome « coût-efficacité » allant à l'encontre de leur éthique.
De même dans l'optique d'une gestion des risques optimisée et d'un meilleur rendement, les actes ont été rationnalisés par le biais de normes et de processus qui alourdissent les actes de soins avec des formalités administratives très chronophages. Les soignants se trouvent alors confrontés au paradoxe d'appliquer des méthodes stéréotypées alors que chaque humain est particulier et unique.
Par ailleurs, les découvertes de plus en plus pointues, les méthodes de dépistage et de traitement de plus en plus sophistiquées engendrent chez les soignants l'obligation d'une hyper spécialisation et d'une continuelle réactualisation des connaissances pour être toujours plus efficaces. Mais, avec la vulgarisation médicale liée à une large diffusion de l'information, les patients n'hésitent pas à formuler leur propre diagnostic et à préconiser les méthodes de soins rabaissant ainsi les soignants à de simples exécutants. A contrario, ils exigent de la médecine une prise en charge totale de l'ensemble de leur maux en réfutant de plus en plus d'assumer les inéluctables vicissitudes du corps humain.

En travaillant au plus proche des hommes, le monde médical confronté à l'ensemble des problèmes bio-psycho-sociaux de la société, constitue ainsi un excellent terreau pour le développement d'un ensemble des phénomènes affectant la santé mentale et physique regroupés sous le vocable de

[1] Avec les découvertes médicales au début du XXème siècle, on assiste à de nouvelles compétences centrées sur le médical et la technique, d'où la création du Brevet de Capacité Professionnelle en 1922 puis du Diplôme d'Etat d'Infirmier en 1942 et la création de l'ordre infirmier en 2007.

[2] Terme utilisé par Michael Bálint (1896-1970) psychanalyste et psychiatre hongrois à l'origine d'un dispositif original de séminaire de supervision et de réflexion sur la relation d'aide des soignants avec les patients et l'analyse des pratiques professionnelles.

Risques Psycho-Sociaux (R.P.S.). Ces risques sont intégrés à la politique de prévention et de protection des individus au travail et font l'objet d'une réglementation dans un cadre législatif stipulant l'entière responsabilité de l'employeur en cas de survenue.

Par son approche systémique, le coaching constitue sans nul doute, une solution majeure pour répondre à l'ensemble des recommandations de prévention. Il «consiste à accompagner des personnes ou des groupes dans la définition et l'atteinte de leurs objectifs au bénéfice de la réussite de leur évolution personnelle et professionnelle[3] ». Ainsi, un coach professionnel[4] aide les personnes à s'accommoder des nombreuses contraintes du milieu médical et à s'adapter aux continuels changements nécessitant une appropriation absolue, tout en préservant l'homéostasie[5] fondamentale à la réalisation et à l'accomplissement optimal des différentes tâches de ces métiers exigeants.
Il assiste les professionnels de façon adaptée et singulière et intervient sur les niveaux suivants:

- intra-individuel en abordant le soignant dans sa globalité notamment par le biais de la sémantique générale[6].
- inter-individuel en étudiant les liens entre les individus d'une même équipe pour parvenir à un consensus de travail valorisant et épanouissant pour tout un chacun,
- organisationnel avec une prise de conscience des nouveaux paradigmes.

Le coaching au sein même du monde médical présente de multiples atouts. Il touche à la fois aux causes, aux symptômes et aux traitements en s'intéressant aussi bien au cœur, le soignant, qu'à l'enveloppe, l'organisation, Il est à même de contribuer au bien-être de ces professionnels qui œuvrent à préserver le bien le plus précieux de tous: la santé et la vie.

[3] Définition du Coaching par Linkup Coaching
[4] Le coach est dit « professionnel » car il a suivi une formation et obtenu une certification émanant d'une structure reconnue par l'état français; la désignation « coach ou coaching » impliquera automatiquement la notion professionnelle dans ce mémoire.
[5] L'homéostasie (du grec hómoios, « similaire », et stásis, « stabilité, action de se tenir debout ») aurait été évoqué pour la première fois en 1866 par le médecin et physiologiste français Claude Bernard. Ce concept correspond à la capacité d'un système à maintenir l'équilibre de son milieu intérieur, quelles que soient les contraintes externes. Selon Walter Bradford Cannon, « l'homéostasie est l'équilibre dynamique qui nous maintient en vie ».
[6] La théorie de la Sémantique Générale, élaborée en 1933 par Alfred Korzybski, considère l'homme comme un tout corps-esprit inclus dans son milieu qui le pénètre et auquel il réagit.

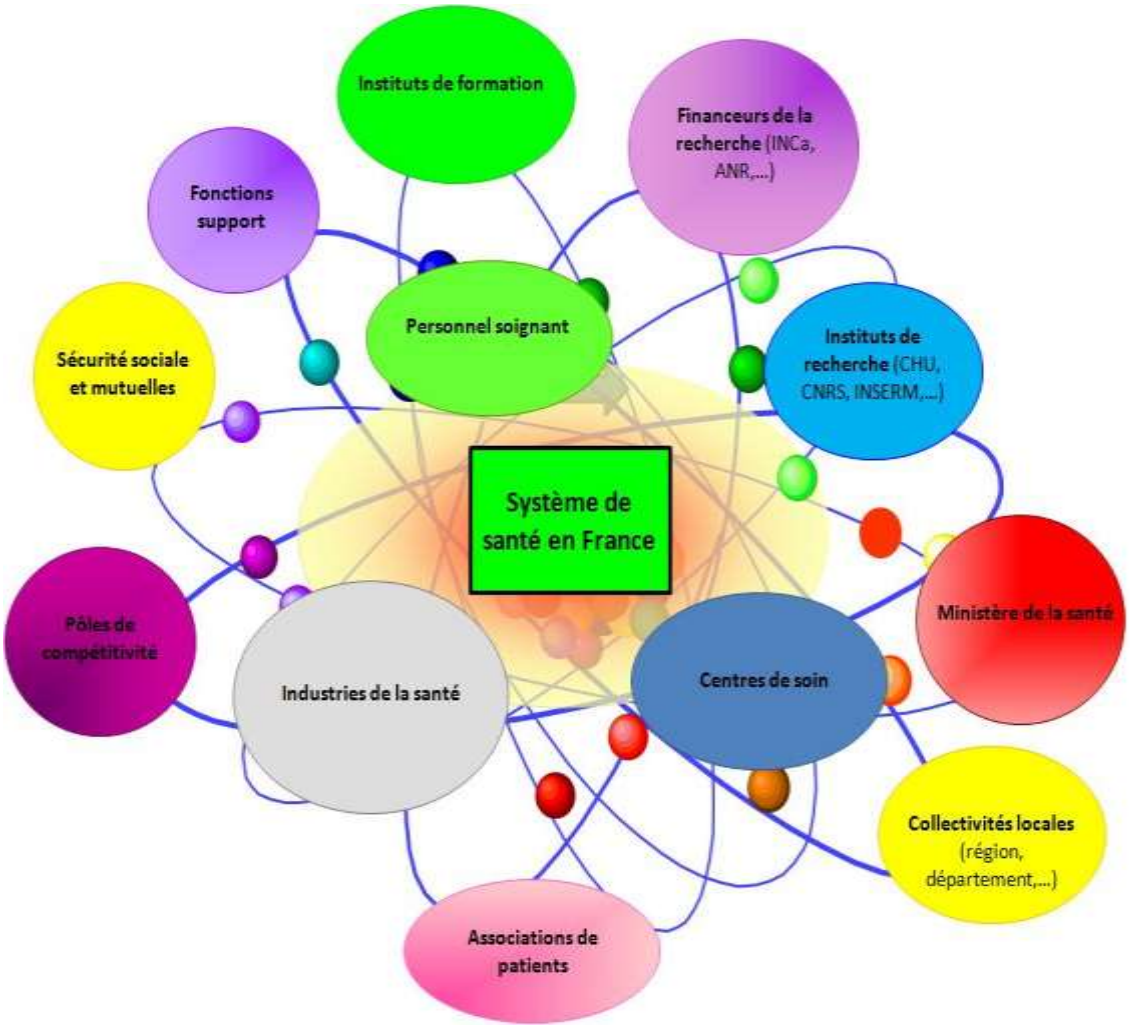
I- COMPRENDRE LE MONDE MEDICAL

A- Les structures et leurs contraintes

1. Les différentes organisations

Le monde médical ne se limite pas à la représentation commune à savoir des centres de soins (hôpitaux, cliniques, cabinets médicaux) dans lesquels les professionnels de santé exercent leur métier centré sur l'amélioration de la santé de la population.
En fait, il se trouve au cœur d'un concept beaucoup plus vaste : le système de santé. Ce dispositif est défini comme « l'ensemble des moyens (organisationnels, humains, structurels et financiers) destinés à réaliser les objectifs d'une politique de santé. Le système de santé constitue un sous-système du système économique général (…) et se trouve donc en concurrence avec et dépendant des autres sous-systèmes en ce qui concerne l'affectation des ressources »[7].

En voilà, une représentation succincte :



[7] André Lévy, Santé Publique, Paris, Masson, 1994, p.7

Pour l'organisation et la coordination des activités de santé, il existe une multiplicité d'autorités administratives ayant compétence dans ce domaine [8]:

- le ministère,
- les structures centrales : la Direction Générale de la Santé (D.G.S.), la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.), la Direction Générale de la Cohésion Sociale (D.G.C.S.), la Direction de la Sécurité Sociale (D.S.S.), la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.), l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS),
- les collectivités territoriales,
- les Agences Régionales de Santé (A.R.S.)
- les organismes d'Assurance Maladie.

La médecine française reconnue d'excellente qualité, subit un système de santé d'une grande complexité organisationnelle.

Cette gestion administration se retrouve au niveau des professionnels avec de pesantes directives et de nombreuses obligations que les directeurs d'établissements se doivent d'observer et de faire appliquer sous le contrôle accablant des autorités de tutelle.

Au niveau des structures hospitalières, la constitution en 2005 de pôles d'activité[9] pour une mise en commun de compétences et de moyens surajoute une strate supplémentaire à un dispositif déjà conséquent.

Cette organisation excessive induit des effets contre-productifs. Ainsi, « les agents des hôpitaux doivent respecter 43 familles de règlements et ils critiquent la bureaucratie…… et la définition minutieuse de procédures onéreuses, non évaluées, simultanément inapplicables, voire contradictoires »[10].

2- Les impératifs économiques et normatifs de fonctionnement

Le travail des professionnels de santé est corrélé à l'utilisation d'infrastructures, de matériel médical, de médicaments, d'une logistique. L'ensemble est géré selon les ressources financières attribuées par la sécurité sociale et les mutuelles sous couvert des orientations politiques.

Les professionnels du secteur se sont longtemps refusés à considérer la santé comme étant un marché. Ils opposent leur éthique à une rationalité gestionnaire qui va à l'encontre des valeurs dont ils sont les porteurs.
Cependant, les déficits budgétaires, accentués par le mode de financement de la protection sociale (basé sur les revenus donc lié directement à la conjoncture), ont amené à conduire une politique publique modifiant le paradigme du « soigner à tout prix ».

La Convention Médicale introduit une rémunération à la « performance » auprès des médecins[11] en contrepartie de réductions d'arrêts de travail ou de recours à certains médicaments (par exemple les antibiotiques), de préférences données aux génériques et d'une gestion du dossier médical généralisé. Ils ne peuvent plus prescrire librement car la Sécurité Sociale exerce un droit de contrôle sous prétexte de réduire les dépenses de santé. Cette orientation « marchande » modifie l'éthique médicale telle que décrite dans sa dimension hippocratique.

[8] Source : www.social-santé.gouv.fr
[9] La nouvelle gouvernance des établissements de santé avec les « pôles d'activités » fait suite à L'Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 .
[10] Jean de Kervasdoué, économiste spécialiste des hôpitaux, Les prêcheurs de l'apocalypse, 2007, pages 212–214
[11] La convention médicale régit les obligations des médecins libéraux et leurs relations avec la Sécurité Sociale, signée le 26 juillet 2011 entre les syndicats de médecins et la Caisse Nationale d'Assurance-Maladie.

Avec la loi généralisant le tiers payant, s'opère une étatisation grandissante d'une profession libérale c'est-à-dire devant être guidée sous le paradigme d'une « profession exercée sur la base de qualifications appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public»[12].
Par ailleurs, face à la mobilisation des associations de défense des usagers pour dénoncer ce qu'elles considèrent «constituer un rationnement illégitime de l'accès aux soins de pointe », les médecins se retrouvent pris en « porta faux» entre leurs patients et les structures de tutelle.
Pour concorder à l'exigence de qualité voulue par la collectivité et les parties prenantes (pouvoirs publics, patients, partenaires), des normes et des certifications ont été mises en place dans le cadre d'une règlementation de plus en plus omniprésente et contraignante obligeant les soignants à remplir une multitude de tâches administratives très chronophages, et réduisant d'autant le temps consacré aux soins.

Au niveau des établissements, afin de répondre aux besoins de santé, aux exigences de sécurité et de qualité et aux contraintes liées à la diminution des moyens humains et financiers, d'importants remaniements structurels sont conduits et impactent en profondeur les professionnels (regroupement de services en pôle, gestion en flux tendu des effectifs, rationalisation du travail avec diminution des «temps morts », réduction de la durée de séjour, etc….).

Les structures à caractère sanitaire sont soumises à un contexte règlementaire[13] qui encadre totalement leur activité. Pour obtenir des toutes puissantes A.R.S., les agréments et accréditations indispensables, les institutions, les services doivent répondre à des normes drastiques sans arrêt renouvelées et doivent appliquer des recommandations venant d'une bureaucratie peu au fait des réalités terrain. Dans le cadre de leur projet d'établissement[14], les responsables ont impérativement l'obligation de présenter les objectifs médicaux en cohérence avec une stratégie de résultats économiques difficilement compatible avec l'observance de la « chartre du malade »[15].Toutes ces modalités et modifications situationnelles ne vont pas sans impacter la vie des professionnels de ce secteur d'activité.

B- Analyse de la situation professionnelle des soignants

Les mutations administratives et budgétaires mais également sociétales impactent directement le travail des soignants.

1- Des conditions de travail difficiles

Les responsabilités, obligations des professionnels de santé ainsi que leur contexte de travail sont à l'origine de tensions multifactorielles.

a. Les contraintes organisationnelles des métiers de santé

Les métiers de la santé sont directement exposés au stress. Les conditions de travail spécifiques au milieu de la santé sont causes de tensions qui trouvent leur origine dans plusieurs dimensions.

[12] Définition d'une profession libérale selon la directive européenne relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles, n°2005/36/CE, 43
[13] Le contexte réglementaire des établissements des secteurs médicaux et sociaux est formalisé par la loi du 2 janvier 2002 dite loi 2002-2 et la loi du 21 juillet 2009 portant sur la réforme de l'Hôpital relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires dite loi H.P.S.T.
[14] Le projet d'établissement est défini selon l'article L614-3 du code de la santé publique. Il doit être présenté tous les 5 ans aux autorités de tutelle. Il présente les moyens mis en place pour l'accueil, les soins aux malades d'hospitalisation en terme d'équipement, de personnel pour réaliser des objectifs compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation des soins.
[15] La charte du patient hospitalisé est annexée à la circulaire ministérielle n° 95-22 du 6 mai 1995 concernant leurs droits.

Les soignants sont soumis à une charge de travail importante avec de longues journées, des horaires décalés, un travail de nuit et le week-end. Ces cadences sont peu compatibles avec la chronobiologie[16] humaine et empêchent une récupération optimale lors des phases de repos. De plus, ces rythmes particuliers ne permettent pas la pratique régulière de loisirs et représentent un véritable frein à une vie sociale.

Les soins eux-mêmes sont pourvoyeurs de stress par leur intensification technique due aux progrès scientifiques, la réduction de la durée impartie pour les effectuer et l'effet conjugué de la restriction du nombre de professionnels et des contingences protocolaires.
La circonscription de l'hospitalisation centrée principalement sur les phases aigues, ne laisse plus de temps de décompression et densifie beaucoup le travail.
Les relations interpersonnelles sont restreintes. Le temps de transmissions orales se réduit à la communication des éléments médicaux les plus importants, l'ensemble des données étant obligatoirement consigné par écrit. Le fonctionnement en flux tendu du personnel avec l'intervention de « volants » ébranle inévitablement la cohésion des équipes.
Les nouvelles missions (processus qualité, gestion des risques, dossier informatisé du patient etc..) parasitent le temps dédié aux soins.
On parle également de la «charge de rôle » pour évoquer les situations où les soignants doivent faire face à trop de responsabilités.
Le management est laborieux avec des problèmes particuliers dans la répartition du travail et la non-prise en compte du travail réel, un soutien défaillant envers les soignants et une gestion compliquée des trajectoires professionnelles.

Dans ce contexte de tensions, les difficultés pour les soignants à fournir un travail de qualité vont à l'encontre de leurs valeurs éthiques et peuvent les conduire à une perte de sens dans leur fonction et une altération de l'estime de soi.

b. La confrontation à la souffrance

Dans les métiers de la santé, la confrontation à la douleur, à la maladie, à l'altération des facultés, au vieillissement et à la mort est perpétuelle et il existe un engagement non seulement cognitif mais également émotionnel.

La psychologue Martine Ruszniewski[17] suggère que « le soignant oscille entre deux extrêmes. D'une part, l'apogée de l'empathie avec le phénomène d'identification, source de stress avec le risque d'épuisement du soignant, et d'autre part, la distanciation qui protège le soignant mais qui laisse le malade seul face à sa souffrance. Cette distanciation dans les faits se traduit par divers comportements, à savoir la généralisation (le soin n'est plus individualisé), la fausse réassurance avec un déni de la réalité du malade, l'évitement, la banalisation et l'instrumentalisation. »

La grande disponibilité, et l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre, implique le soignant dans le vécu du souffrant. Peuvent alors se créer des phénomènes d'identification projective (et si j'avais la même maladie, et si cela arrivait à un de mes proches ?.....) ou encore de contre-transfert lors de situations qui réactivent des deuils anciens non élaborés.
Par ailleurs, dans certains contextes, le professionnel de santé est contraint d'accomplir des actes qu'au fond de lui-même, il réprouve, obligé d'infliger à une personne ce qu'il ne supporterait pas pour lui, forcé de faire ce qu'il ressent comme du mauvais travail.

[16] La chronobiologie est une discipline scientifique étudiant l'organisation temporelle des êtres vivants, des mécanismes qui en assurent la régulation (contrôle, maintien) et de ses altérations. Cette discipline traite essentiellement de l'étude des rythmes biologiques. (définition Wikipédia).
[17] Article universitaire intitulé « le soutien des soignants en cancérologie » de Martine Ruzniewski, cancérologie psychologue clinicienne au sein de l'Institut Curie dans un poste exclusivement dédié à l'écoute des soignants. Elle est membre et leader accrédité de la Société Médicale Balint et est également l'auteur du Groupe de parole à l'hôpital avec la collaboration de Gil Rabier (Dunod, 2012).

De plus, quotidiennement, il subit l'injonction paradoxale de deux impératifs antagonistes : l'un de qualité du soin et l'autre de cadences de travail pour une meilleure rentabilité. Il éprouve cette souffrance éthique qui conduit quasi systématiquement à la honte, à un dégoût de soi, à la culpabilité à l'égard d'autrui et in fine, à la remise en cause de son identité professionnelle, de ses valeurs morales, des motivations qui l'ont amené à choisir cette profession.
Le professionnel de santé doit avoir suffisamment de recul pour soigner à travers le prisme constitué de sa conscience, de ses compétences et de son intelligence. Suffisamment près pour être dans l'empathie, «à l'écoute» du malade, sans pour autant se mettre «à la place de» en évitant la sympathie inefficace et épuisante. Toute la difficulté de la relation soignant-malade consiste à trouver ce «juste milieu», cet espace subtil qui doit être ajusté et adapté en permanence selon chaque patient et selon les ressources du soignant dans une situation donnée. Cette distance «suffisamment bonne» doit permettre de soigner dans les meilleures conditions en évitant l'épuisement émotionnellement et la souffrance liés à trop d'implication.

Le soignant se trouve confronté malgré lui à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques émotionnelles aux quelles il n'est pas préparé et qu'il n'aurait pas rencontré en choisissant une autre profession. De plus les interrogations sur la mort, la maladie, l'injustice, et sur des sujets délicats tels que les manipulations génétiques, l'euthanasie passive ou active…deviennent répétitives au fin du temps et des consultations et imprègnent l'espace psycho-émotionnel.

Ces métiers à fortes charges émotionnelles répétitives voient leurs difficultés majorées non seulement par les prescriptions institutionnelles de toujours plus de rendement et de productivité mais aussi par les patients eux-mêmes.

2- Le changement de comportement des patients

La relation patient-soignant est le reflet du changement des représentations des valeurs de la société. Depuis quelques années, les professions médicales ne font plus l'objet de la même considération et doivent de plus en plus composer avec les exigences des patients et faire face à la violence.

a. La démythification du métier de soignant

Autrefois, les personnes se destinaient au secteur de la santé par vocation[18]dans une dimension religieuse et sociale et s'y consacraient entièrement. Cette vocation conférait un fort pouvoir défensif contre l'épuisement professionnel et l'accomplissement personnel et la reconnaissance étaient particulièrement élevés. Ce dévouement allant jusqu'au sacrifice, n'est plus du fait de l'évolution de la société et des conditions sociales.

Il est cependant à noter que dans la version actuelle du serment d'Hippocrate, la dernière partie se termine toujours en évoquant d'une part une demande explicite de reconnaissance pour l'accomplissement de ses missions et d'autre part un appel au déshonneur et à l'accablement en cas de manquement à ses obligations[19] traduisant ainsi l'exigence et l'obligation d'un engagement total

[18] Au sens étymologique, la vocation est un appel du latin vocare, appeler. Il a longtemps désigné l'appel à s'engager dans une vie religieuse (prêtrise, vie monacale, etc.). Le concept s'enracine dans la Bible et est corrélatif au thème de l'écoute. Aujourd'hui ce mot est utilisé dans un sens plus large pour désigner l'appel que peuvent ressentir des personnes à une mission particulière : humanitaire, professionnelle, scientifique, etc.

[19] Fin du serment d'Hippocrate l'ordre des médecins français modifié en 1996 « Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses, que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque »

Phrase de fin du serment d'Hippocrate d'origine traduit par Emile Littré : « Si je remplis ce serment sans l'enfreindre qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais des hommes ; si je le viole et que je me parjure puissé-je avoir un sort contraire et mourir dans la tristesse. »

pour cette profession. Au-delà d'un code de déontologie, le serment d'Hippocrate constitue donc, toujours, un véritable code d'honneur pour l'ensemble des médecins.
Le statut des soignants s'est transformé car leur identité est « désacralisée ». En effet, les modifications des représentations sociales, entrainent une altération sensible de leur image.
Les professionnels du monde médical ont une obligation de soins[20] et doivent tout mettre en œuvre pour soigner selon un principe d'humanisme (information, consentement, respect de la personne, secret médical) cependant ils ne suscitent plus ni respect ni admiration. Le médecin n'est plus « le guérisseur » mais seulement un interlocuteur scientifique, un prestataire de soins.
Ces modifications ont considérablement altéré la qualité de la relation soignant-soigné avec des retentissements sur le vécu et les pratiques des professionnels. S'est instauré une stratégie d'exercice de plus en plus «défensive» avec par exemple l'obligation de la signature par le patient d'un document proclamant son «consentement éclairé» avant tout acte médico-chirurgical.

La relation s'est également complexifiée par l'envahissement des informations médicales disponibles. Cela peut être considéré comme salutaire, un malade informé se prenant mieux en charge mais les effets peuvent également être délétères quand, par exemple, le patient s'attribue des maladies qu'il n'a pas. Les sources d'information se multiplient, au prix parfois d'un manque de fiabilité, de rigueur ou de pédagogie. Le médecin au risque de créer une incompréhension et d'altérer la relation de confiance nouée avec son patient, ne peut opposer un refus de façon péremptoire et doit faire face au comportement de ce style de patients souvent « anxieux, hypocondriaques et insatisfaits chroniques»[21]. L'acquisition de connaissances par les malades peut interférer considérablement dans leur prise en charge au point de prendre au dépourvu, voire même de repousser dans leurs retranchements les professionnels.

b. Les nouvelles attitudes des patients : de l'exigence à la violence

Autrefois, la relation soignant-malade était basée sur le savoir et la compétence reconnue du soignant et résultait d'un engagement tacite établi sur une confiance mutuelle. Aujourd'hui, ce fondement est fragilisé par les textes législatifs. La loi du 2 janvier 2002 met le patient au centre du dispositif de santé en lui garantissant des droits et la loi du 4 mars 2002 instaure le devoir de preuves, d'informations, de transmissions des données médicales.

La relation patient-soignant, désormais judiciarisée, s'en trouve notablement altérée avec un retentissement sur le vécu et les pratiques qui s'exercent avec une conduite de plus en plus défensive. Cette reconnaissance de l'individu dans les processus de soins a toute sa légitimité cependant les attentes des patients se sont transmutées en exigences qu'ils n'hésitent pas à faire prévaloir quel qu'en soit le bien fondé. Ils se considèrent de plus en plus comme légitimes à revendiquer tel ou tel soin, des consultations ou examens non justifiés, etc… d'autant plus que des textes leur en donnent le droit[22].

Actuellement, les oublis de rendez-vous, les harcèlements par des demandes excessives, l'absence de compliance aux soins, les manques de respect (communication, comportement) sont devenus habituels et il n'est pas rare que le personnel soignant subisse des agressions en cas de réponses non conformes aux demandes (arrêt de travail, certificats, thérapeutique…) ou un temps d'attente trop long. D'autre part, les poursuites judiciaires à l'encontre des professionnels ne cessent de croître

[20] L'obligation de soins a été définie dans l'arrêt Mercier : « il se forme un contrat comportant, pour le médecin l'engagement, sinon bien évidemment de guérir le malade, ce qui n'a jamais été allégué, du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et réserves faites de circonstances exceptionnelles, conformes aux données actuelles de la science ».

[21] Enquête BVA de 2013 auprès de 120 médecins de la région Champagne Ardenne qui tous décrivent les caractéristiques du patient épuisant qui est « exigeant sur le traitement et les horaires », poserait « plein de questions », et serait « anxieux, hypocondriaque ou insatisfait chronique ».

[22] Code de la santé publique , article L.1111-4 « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qui lui fournit, les décisions concernant sa santé. » Selon cette formulation, les soins peuvent être tantôt proposés par le professionnel, tantôt être sollicités par la patient.

"L'hôpital fait partie intégrante de la cité, il accueille toutes celles et tous ceux qui ont besoin de soins, et est donc par nature traversé par les phénomènes de société tels que la survenue d'incivilités", peut-on lire en préambule du dernier rapport de l'Observatoire National de la Violence dans le milieu de la Santé[23]. "L'hôpital est aussi par nature un lieu hors du commun où l'angoisse, la tension, l'émotion sont toujours très présentes." De plus en plus, des faits d'actes violents (agressions verbales, bousculades, coups) sont reportés et sont très mal vécus par les soignants, dont la mission, pourtant, touche à ce qu'il y a de plus précieux : la santé et la vie et consiste à venir en aide aux patients et à leurs proches.

Malgré, une relation soignant-soigné peu préservée, les professionnels sont contraints de tout mettre en œuvre pour satisfaire l'attente de prise en charge intégrale de tous les maux de l'ensemble de la population. De nos jours, la société rejette toutes les altérations dues aux aléas de la condition humaine et paradoxalement, peine à instaurer une responsabilisation de chacun. En effet, les politiques de prophylaxie n'ont produit que peu d'effets (par exemple, le nombre de fumeurs, d'obèses reste élevé malgré les nombreuses campagnes de prévention).

Une telle évolution des rapports humains ne va pas sans altérer l'équilibre de vie des professionnels tant au niveau de leur travail que de leur vie privée.

[23] L'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (O.N.V.S.), crée en 2005, piloté par la direction générale de l'offre de soins, présente chaque année un bilan et une analyse des signalements de violence déclarés par les établissements de santé.

C- L'impact du contexte sur la vie professionnelle et personnelle des soignants

Un environnement de travail difficile, des pressions et des tensions continues compromettent fortement l'équilibre professionnel et personnel des professionnels de santé.

1. Prégnance du stress et du burn out sur fond de risque psycho-social

Les termes de stress[24], de burn out sont des notions naturellement attribuées aux professions de la santé tant elles sont réputées difficiles et par conséquent, elles sont reconnues comme largement à risque psycho-social.

a. Définitions

Ce secteur est répertorié comme étant l'un des plus propices à la survenance d'un ensemble de phénomènes multifactoriels situés dans le domaine professionnel à l'interface de l'individu (le «psycho») et des relations avec les autres (le «social») dénommés Risques Psycho-Sociaux (R.P.S.) plus communément appelés « stress au travail ».

Les épidémiologistes préfèrent au terme « stress », le vocable «facteurs ou agents stressants » afin de bien différencier l'exposition à l'effet ; de même ils utilisent « facteurs psychosociaux au travail » plutôt que risques psychosociaux.
Les R.P.S. sont difficiles à définir comme l'indique le rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron[25], «la grande variété des thèmes mis sous ce vocable est source d'une grande confusion. Ces thèmes recouvrent en effet les déterminants et les effets, sans distinguer les causes et les conséquences. Cette confusion tient non seulement à la diversité de ces risques mais aussi à la complexité des liens qui les unissent, et qui ne relèvent pas toujours de la causalité linéaire car, interagissant fortement entre eux, ils sont plutôt de type circulaire ou systémique ».
En avril 2011, à la demande du Ministre du travail, un collège d'experts présidé par Michel Gollac[26], chargé de réfléchir aux causes de survenances des R.P.S., a réalisé un rapport intitulé « Mesurer les facteurs psychosociaux de risques aux travail ». Les points suivants y sont répertoriés : exigence professionnelle, charge émotionnelle, manque d'autonomie, mauvaise qualité des rapports sociaux, souffrance éthique et insécurité socio-économique. Ces éléments constituent des stimuli très fréquents dans le milieu médical.
Chez les professionnels de la santé, le surinvestissement émotionnel est un facteur de stress important, ils sont soumis à des manifestations d'usure compassionnelle ou stress vicariant, dont l'excès peut paradoxalement engendrer chez ces spécialistes du prendre soin, des formes de négligence, voire de maltraitance envers la personne assistée. Par ailleurs, une tendance au «work addict », l'addiction au travail, est courante avec un nombre conséquent d'heures supplémentaires mais une insatisfaction au niveau de la reconnaissance et de la réussite.
Selon l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail [27], «un état de stress survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose

[24] Le mot stress vient du latin « stringere » : tendre. En anglais « distress » est un terme signifiant : malheur, difficulté, adversité, affliction.
[25] Rapport de Philippe Nasse et Patrick Légeron du 12 mars 2008, effectué sous l'égide du Ministre du travail, des relations sociales et de la solidarité
[26] Un collège présidé par Michel Gollac et composé d'experts en économie, ergonomie, épidémiologie, gestion, médecine du travail, psychologie et psychiatrie, a été mis en place en 2008 à la demande du Ministre du travail de l'époque, Xavier Bertrand, par l'Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques suite aux recommandations du rapport Légeron-Nasse sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux.
[27] Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail ou European Occupational Safety and Health Administration (EU.-O.S.H.A.) "How to tackle psychosocial issues and reduce work-related stress" Bilbao European Agency for Safety and Health at Work, 2002.

son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face. L'individu est capable de gérer la pression à court terme mais il éprouve de grandes difficultés face à une exposition prolongée ou répétée à des pressions intenses. Bien que le processus d'évaluation des contraintes et des ressources soit d'ordre psychologique, les effets ne sont pas uniquement de nature psychologique. Il affecte également la santé physique, le bien-être et la productivité de la personne qui y est soumise».
Cet énoncé indique seulement la « partie négative » du stress avec ses conséquences physiologiques et psychologiques, il occulte la notion que l'état de stress est à la base normal et essentiel à tout individu pour la mobilisation des ressources nécessaires pour faire face à des situations demandant un effort d'adaptation.
Seyle Hans, médecin endocrinologue canadien, définit le stress dans son intégralité, «comme un Syndrome Général d'Adaptation (S.G.A.) présentant toute une symptomatologie ». Le S.G.A. est déterminé, chez tout homme subissant une agression quelle qu'elle soit, par un ensemble de modifications physiologiques que le biologiste français Henri Laborit[28] a étudié. Il se décompose en trois phases distinctes:
- phase d'alarme ou de réaction immédiate à un stress qui dure de quelques minutes à une heure et qui se traduit par la libération d'adrénaline avec une augmentation de la fréquence cardiaque, de la tension et de la température, des tensions musculaires et de la baisse de la digestion.
- phase de résistance qui dure d'une heure à plusieurs semaines en cas de persistance de la phase d'alarme et qui entraine la sécrétion d'hormones (cortisol et adrénaline) et une autorégulation de l'organisme; le corps s'adapte mais toute l'énergie est concentrée sur la réaction au stress,
- phase d'épuisement survenant après une exposition prolongée au stress supérieure à un mois avec des troubles somatiques dus à un déficit d'autorégulation lié à une saturation de cortisol. L'homéostasie est touchée, il n'y a plus d'équilibre dynamique, la résistance du corps face au stress est annihilée.

L'épuisement survient quand il y a un déséquilibre global entre la perception de l'individu de ses propres ressources et la perception qu'il a des exigences de son environnement. Cet épuisement est corrélé aux trois paramètres d'évaluation du stress: l'intensité, la durée, et la capacité d'absorption propre à chaque individu. En situation idéale c'est-à-dire avec une capacité optimale d'absorption, le corps fonctionne au mieux, il est en homéostasie et s'autorégule parfaitement ; au dessus de cette aptitude, la régulation se fait mal et quand le stade maximal de capacité d'absorption est dépassé, il y a épuisement total ou burn-out[29].

b. L'adaptation au stress

Au-delà de la théorie de réponses physiologiques et émotionnelles à un stimulus stressant, Richard Lazarus, déploie une approche interactionnelle du stress avec une dimension cognitive.

Pour ce professeur en psychologie, « un évènement n'est stressant que si l'individu l'évalue comme tel ». Lazarus et Folkman en 1984 proposent l'approche suivante : « Le stress est une relation particulière entre la personne et l'environnement. Cette relation est évaluée par la personne comme éreintante, quand elle excède ses ressources et met en danger son bien-être ».
Face à son milieu, l'individu ne reste pas passif, il l'évalue et réagit en fonction de cette analyse. Donc, dans une situation considérée stressante, dans un premier temps, il va, selon ses propres critères, évaluer la menace potentielle (évaluation primaire), puis il met en jeu les moyens pour gérer la situation (évaluation secondaire) avec l'utilisation de ses ressources émotionnelles et

[28] Henri Laborit (1914-1959) neurobiologiste français s'est intéressé aux mécanismes liés au stress et a crée en 1958 le laboratoire d'eutonologie (de eutonos, « tonus normal », « équilibre biologique » et logos, « loi », « science ») à l'hôpital Boucicaut à Paris.
[29] L'expression apparait la première fois en 1961 dans le roman de Graham Green, « A burn out case » pour parler des cas de lèpre où la maladie s'arrête automatiquement, sans traitement, après la perte des doigts et des orteils, le mal s'étant en quelque sorte consumé lui même . Ce terme a été ensuite repris par le psychiatre américain Herbert J. Freudenberger dans les années 70 pour évoquer les cas de dépersonnalisation des soignants en charge des toxicomanes et qui niaient leur épuisement psychique et émotionnel.

comportementales et enfin il évalue les conséquences de sa réponse. La pertinence et l'efficacité des réactions potentielles sont essentielles pour une parfaite efficience d'adaptation au stress.

L'homme s'adapte continuellement et inconsciemment à un environnement composé de différents stresseurs aux caractéristiques diverses, ils sont physiques ou psychologiques, absolus ou relatifs, externes ou internes. Le stress peut être positif ou négatif, aigus ou chronique. Positif, il pousse les gens à plus de créativité ou à la recherche de solutions en rassemblant toutes leurs ressources, il est désigné sous le terme de « eustress ». Les problèmes surviennent lors de l'exposition chronique et lors d'une longue période de temps au même stresseur ou à différents stresseurs.
Ces stratégies d'adaptation et d'ajustement, dénommées « coping »[30], sont constituées, selon Institut National de Recherche de Sécurité (I.N.R.S.) au travail, de «l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives»[31].
Ces stratégies d'adaptation sont des mécanismes individuels intégrant plusieurs dimensions. Le coping « actif» est une stratégie basée sur le déploiement de tous les efforts, toutes les techniques pour faire face à l'agent stresseur. Quand il s'agit des stresseurs situés en « zone impact », l'acquisition de connaissances, de compétences, de nouveaux comportements modifie l'appréhension de la situation. Pour les stresseurs « hors impact », les activités telles que la pratique d'activité de bien être (relaxation, méditation, …), d'un sport, d'un hobby, réduisent notablement les effets secondaires du stress.
Le coping «évitant» se détermine par toutes les conduites centrées sur une mise à distance pour réguler les réactions émotionnelles. Cette stratégie est efficace quand elle consiste pour l'individu à réduire son « exposition à l'agent stresseur » par une démarche cognitive telle que la capacité à se concentrer sur le côté positif, l'utilisation de l'humour, etc…. mais elle devient inopérante quand elle s'exprime par la fuite ou par le déni.

c. Mesure multifactorielle de l'état d'épuisement

Christine Maslach[32] a, dans les années 80, centré ses recherches en psychologie sociale sur l'épuisement au travail et a étudié ce phénomène tout particulièrement chez les professionnels du secteur sanitaire.

Elle détermine le burn-out comme « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients».
Elle a, par ailleurs, développé un questionnaire: le Maslach Burnout Inventory (M.B.I.)[33]. Cet outil, considéré comme le meilleur pour mesurer l'épuisement professionnel, est utilisé en coaching de gestion du stress. Il se constitue de 22 items repartis en 3 dimensions, de la façon suivante :

- L'épuisement émotionnel (E.E.) (9 items) : Chez le soignant cela se traduit par un sentiment de « vide », de saturation émotionnelle avec une fatigue inhabituelle et une difficulté à être en contact avec les émotions de l'autre et une incapacité à exprimer les siennes. Il s'agit du renforcement d'une croyance limitante selon laquelle dans la tradition médicale, l'expression de ses sentiments est perçue comme une faiblesse. Cet épuisement peut prendre l'aspect

[30] Le mot « coping » vient du verbe anglais « to cope with » signifiant « faire face à ». Comme d'autres mots anglais, le terme cope viendrait du vieux français et signifierait coup, couper (frapper) , il désigne une théorie établie par Lazarus et son équipe.
[31] Référence : I.N.R.S.. Dossier N°106 « Documents pour le médecin du travail » publié en 2006
[32] Christine Maslasch, professeur de psychologie, a mené des recherches dans un certain nombre de domaines sociaux et la psychologie de la santé, toutefois, elle est surtout connue comme l'une des chercheuses d'avant-garde sur l'épuisement.
[33] Le syndrome de Burn Out a été ensuite étendu à toutes les professions en l'adaptant ; le module : « dépersonnalisation » est remplacé par « efficience personnelle ». Le M.B.I. est en coaching l'outil de référence de mesure de l'épuisement professionnel plus que le questionnaire éponyme établi en 1979 par Robert Karasek, sociologue et psychologue américain. Ce questionnaire évalue l'intensité de la demande psychologique à laquelle est soumis un salarié, la latitude décisionnelle qui lui est accordée et le soutien social qu'il reçoit, et détecterait de façon erronée du stress.

d'une froideur, d'un contrôle et d'une maîtrise absolue de ses émotions avec un état d'hyper contrôle émotionnel

- La dépersonnalisation (D.P.) ou déshumanisation de la relation à l'autre (5 items) : pour le soignant, cela représente l'aspect le plus prégnant. Le patient est alors réifié, il est considéré comme un numéro de chambre, un organe, une maladie. Il y a une mise à distance du malade en protection de son intégrité psychologique (stratégie de coping). Cet état s'installe progressivement, insidieusement à l'insu du soignant. Cependant, cette déshumanisation est ressentie comme une forme d'échec personnel car elle va à l'encontre des valeurs humanistes des soignants.
- La perte de l'accomplissement personnel (A.P.) (8 items) : Cette dimension se manifeste par un sentiment d'inefficacité et d'incapacité à faire du « bon travail », de dévalorisation, de culpabilité et de démotivation pour les soignants dont la relation à l'autre est le fondement de leur choix professionnel. Cette perte d'accomplissement se traduit par un désinvestissement (manque de rigueur, absentéisme) essentiellement chez les infirmiers et par un surinvestissement chez les médecins ou cadres chez qui on parle de « présentéisme » excessif et inefficace.

Le contrôle émotionnel associé à la déshumanisation de la relation à l'autre est décrit dans la littérature américaine, sous le vocable de « John Wayne Syndrome », il définit chez le soignant devenu impassible à l'image du célèbre cow-boy, la capacité d'assumer et d'affronter sans ciller toutes les souffrances humaines.

L'analyse des résultats montre qu'il n'est pas nécessaire d'obtenir un score élevé aux dimensions E.E. et D.P., ainsi qu'un score bas pour l'A.P., pour poser le diagnostic de burn out. Une valeur anormale à l'un des items (E.E. élevé, D.P.élevé, A.P.insuffisant) suffit pour parler de burn out car ce résultat témoigne déjà d'un processus en cours d'installation contre lequel il faut agir. En fonction du nombre de dimensions atteintes (score élevé pour l'E.E. ou la D.P., bas pour l'A.P.), la sévérité du burn out est quantifiée :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Elevé ou Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Le M.B.I. a été repris dans une majorité d'études concernant l'épuisement chez les professionnels de santé et toutes révèlent un fort taux de burn out. Une étude menée par le Dr Béatrice Frey-Himbert, Médecin du travail, [34] découlant de l'observation sur plusieurs années d'un collectif de 47 soignants (2 cadres de santé, 30 infirmières et 15 aides-soignantes) travaillant dans un service d'hémodialyse montre que près de 47 % soit 22 des soignants sont en situation de burn out : 6 en burn out faible, 13 en burn out moyen et 3 en burn out élevé. L'enquête réalisée par le Dr Monique Marpinard, Médecin du Travail[35] auprès des médecins, répertorie plusieurs tests et les chiffres suivants apparaissent 43% sont en épuisement émotionnel élevé, 40% présentent des facteurs de dépersonnalisation élevée et 33% ont un faible accomplissement personnel.

Le M.B.I. mesure objectivement un état d'épuisement majeur chez les professionnels de santé qui se répercute sur leur santé, leur travail et au-delà sur la société entière.

2. Des préjudices en cascade

La difficulté à gérer et prévenir efficacement les R.P.S. est corrélée à l'incrémentation des agents stresseurs, qui en s'ajoutant les uns aux autres, voient leur impact décuplé. Le stress permanent

[34] Etude de l'Association Nationale de Médecine du Travail et de l'Ergonomie du Personnel des Hôpitaux de Septembre 2009

[35] Etude « Mesure de l'épuisement Professionnel chez les médecins et principes de prévention » Monique Marpinard -Médecin du Travail au C.H.U. de Toulouse

affecte le psychique, le physique, l'efficience de la personne qui y est soumise et ses effets sont autant d'indicateurs à considérer dans le cadre d'un pré-diagnostique d'évaluation lors d'un coaching en gestion de stress et de R.P.S.. Outre les maux individuels, la survenance de ces risques représente une charge pour les structures et un coût au niveau de la prise en charge sanitaire et sociale et in fine des conséquences financières pour la société dans son ensemble.

a. Les atteintes physio-psycho-sociales chez l'individu

Le stress mal géré produit des effets délétères sur le plan physique, psychologique et relationnel chez les soignants. Ces éléments constituent d'excellents indicateurs en matière d'émergence de R.P.S. et leur observation doit être intégrée à une démarche de coaching de gestion de stress et de prévention des R.P.S.

Chez l'individu, en cas de stress prégnant, les systèmes d'auto-régulation s'emballent et apparaissent des perturbations physiologiques et métaboliques dues à un taux élevé d'hormones telles que l'ocytocine, le cortisol, la testostérone, la sérotonine. Se manifestent des problèmes cardio-vasculaires, des troubles du sommeil, de la fatigue, des malaises, des douleurs diverses, des maux de tête, des désordres digestifs, une modification des conduites alimentaires, une diminution des résistances aux infections, et bien évidemment, des troubles psychologiques.
Dans son environnement professionnel, lorsqu'il ne peut plus faire face aux situations générant du stress, le soignant adopte des attitudes pour réduire ou annihiler leur prégnance. Il s'agit pour lui de maintenir un équilibre psychologique interne qui permet simplement de « tenir » au travail avec des mécanismes de stratégie de coping évitant.
Son comportement se traduit par une tendance au repli sur soi. Cette solitude, accentuée chez les médecins par le caractère « individuel » de la profession, s'accompagne de sensations de mal-être pouvant être assorties de certaines addictions : tabac, alcool, etc. Une enquête de 2014[36] montre que 64 % des professionnels de santé interrogés estiment compter dans leur entourage un ou plusieurs confrères ayant une consommation d'alcool délétère sur leur pratique. Cependant, rares sont les études traitant des addictions chez les soignants tant le sujet demeure tabou.
Des troubles cognitifs avec des perturbations de la concentration (pertes de mémoire, erreurs), une augmentation de la sensibilité et de la nervosité, des angoisses s'observent et sont traités à coup de médicaments tels que les anxiolytiques par le biais de l'auto prescription ou la prescription de « faveur» de médecins auprès de soignants non prescripteurs (para-médicaux).
Les soignants, utilisent une forme habituelle de protection psychologique, le désinvestissement. Ils se comportent en « simples exécutants» et accomplissent leurs tâches à minima. Le «bien travailler» et le « travailler ensemble » ne constituent plus le fondement de leur activité. Ils adoptent une attitude défensive en mettant en avant le phénomène de bouc émissaire, mécanisme qui permet de vivre en situation « dégradée » en désignant un fauteur de troubles externe tout en évitant de s'interroger sur ses propres postures ou attitudes.
Le sentiment de ne pouvoir agir sur la réalité ou à y faire face, place les professionnels de santé dans un contexte de déni et les pousse à modifier la perception de leur réalité et à refuser d'admettre leurs propres souffrances (physique ou psychologique). Le « soignant malade » a tendance à sous-estimer ses symptômes, à maximiser son traitement, à ne pas s'autoriser de temps de récupération, à faire de l'autodiagnostic et de l'auto-traitement, à éventuellement consulter dans le corridor, et il ne bénéficie donc pas d'une qualité de prise en charge précoce.

Les R.P.S. influencent également la vie privée du professionnel de santé. Pour faire face aux attentes des patients, de ses pairs, de l'administration, il doit investir considérablement de son temps et de son énergie au détriment de sa vie personnelle. Le réseau social et affectif est réduit et se situe souvent quasi uniquement dans la sphère professionnelle. L'insuffisance de sa présence pour remplir

[36] Enquête publiée sur le site JIM.fr, Journal International de Médecine réalisée du 8 au 15/10/2014 et portant sur 289 lecteurs.

ses fonctions de conjoint ou de parent entrainent conflits conjugaux, désintégrations familiales et divorces dont le taux serait de 10 à 20% supérieur à la population générale.
Or, le soutien social des proches constitue un facteur protecteur indéniable dans l'épuisement professionnel. Le risque de cercle vicieux apparaît dès lors que le soignant est professionnellement en danger car par retentissement, le péril conjugal ou familial est latent. Par ailleurs, la famille peut représenter un facteur de stress potentiel lorsque la communication se trouve altérée avec un manque de compréhension, des reproches que ne comprend celui qui se consacre trop au travail et trop peu à sa famille; cela culpabilise le soignant, médecin surtout, déjà en difficulté.
A l'extrême, l'omniprésence du stress conduit les soignants à un acte ultime de fuite : le suicide. Le nombre de suicides des médecins n'est jamais divulgué alors qu'il serait plus de trois fois supérieur à celui de la population générale[37], avec beaucoup plus d'actes aboutis, et le taux de suicide des conjoints de médecins serait également plus élevé. Les spécialités médicales qui semblent être le plus à risque sont : la Médecine Générale, l'Anesthésie et la Psychiatrie. Face à ces données alarmantes, le Conseil de l'ordre prépare une chartre pour envisager le soutien des médecins en cas de burn out.

Dans l'activité d'un soignant, le burn out a une particularité qui en fait toute sa gravité, et qui le distingue de tous les autres professionnels : c'est la perte de sens de son métier avec tout ce que cela implique pour le patient, mais aussi pour lui, l'individu qui s'est engagé pleinement pour venir en aide à l'autre et qui n'en est plus capable. Le burn out toucherait 40% des professions de santé.

Le stress permanent associé à une charge de travail représente un véritable fléau au cœur d'une population plus habituée à s'occuper des autres qu'à s'écouter, il faut être fort alors que les autres sont très malades, c'est pour ça qu'ils tiennent jusqu'au bout …..

b. Les dommages structurels et sociétaux

La tenue de tableaux de bords avec des données factuelles chiffrées permet aux directions des établissements sanitaires ou médico-sociaux une approche objective des conséquences de l'émergence de R.P.S., pourtant leurs signes sont perpétuellement banalisés.

Au niveau de la santé et de la sécurité au travail, s'observent un taux de fréquence et de gravité majoré des accidents de travail, l'augmentation des maladies professionnelles en lien avec la survenance des Troubles Musculo-Squelettiques (T.M.S.) fréquents dans le secteur médical. Au niveau de la gestion des ressources humaines, l'augmentation des retards, de l'absentéisme, du turnover, les congés non pris, les difficultés de remplacement sont des indicateurs pertinents.
La dégradation du climat social est, elle aussi, significative avec des relations interpersonnelles tendues et empreintes de violence verbale ou non verbale, l'absence de cohésion et d'esprit d'équipe, la perte de la communication informelle et de toute forme de solidarité au travail.
D'après certains chercheurs[38], la souffrance au travail ne fait pas nécessairement "craquer" les salariés. Ceux-ci tentent de s'en accommoder en développant des mécanismes de défense individuelle et en se résignant, voire en s'associant eux-mêmes à ce processus : le salarié sous pression, qu'il soit employé ou cadre, transfère cette pression à ses collègues ou subordonnés, et se met à son tour à faire souffrir, parfois jusqu'au harcèlement.
L'accroissement des erreurs, des oublis, des dysfonctionnements, des plaintes de patients et des dégradations de matériel constitue d'autres indices.
En réponse à ces situations professionnelles difficiles, on discerne un abandon prématuré de la profession d'infirmier(e)s. La durée moyenne de cotisation à la Caisse Nationale de Retraites des Agents des Collectivités Locales (C.N.R.A.C.L.) pour les infirmiers en 2004 est de vingt-huit ans sur les

[37] Référence : Enquête menée par le Conseil National de Ordre des Médecins : Chaque année, 14% des décès des médecins sont liés à un suicide contre 4% dans la population française globale.
[38] Dejours C. » Travail ; usure mentale : de la psychopathologie à la psycho-dynamique du travail ». Bayard, 1993.

bientôt quarante ans demandés pour une pension complète et 35,2 % d'entre eux ont cessé leur activité avant l'âge de 55 ans[39]. Une enquête nationale[40], montre que 15,7% pensent plusieurs fois par mois à abandonner leur profession.

Les perturbations dans l'exercice des métiers de santé impactent les établissements mais également l'ensemble de la société avec les coûts directs et indirects engendrés.
En 2011, l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé (I.R.D.E.S.), dans un document consacré à l'influence des conditions de travail sur les dépenses de santé[41], établit que « le risque psychosocial semble tenir un rôle relativement important pour expliquer le recours aux médecins généralistes. Cela représente plus de deux fois la part attribuable au risque physique (présent ou passé)» et évalue ce risque comme responsable du tiers des arrêts de travail.
En 2012, pour la première fois en France, une étude a été menée par l'I.N.R.S.[42] afin d'évaluer dans sa globalité le coût annuel du stress au travail. Pour les salariés exposés au stress au moins à 75% de leur temps de travail (soit pour 27,8 millions de personnes), le coût du stress s'élève à 1,9 milliards d'euros et pour ceux exposés au moins 50 % de leur temps de travail, à 3 milliards d'euros soit un total annuel de 4,9 milliards.
Cette même année 2012, un sondage paneuropéen[43] démontre que 50% des travailleurs européens considèrent que le stress est un problème courant et 80% estiment que ce problème n'est pas correctement pris en charge par leur employeur.

Les R.P.S. se manifestent par des effets difficilement évaluables de part l'intrication de leur conséquences dans la sphère privée, cependant ils ne peuvent être ignorés tant leur préjudice est substantiel en terme de santé publique et en matière économique.

3. Les dispositions institutionnelles

Au regard de l'ampleur au niveau de la santé et de l'économie des R.P.S. , un cadre règlementaire s'est imposé pour procéder à des mesures de prévention et de protections par rapport à ces risques.

a. Les textes de lois

Le droit du travail[44] comporte un ensemble de textes réglementaires crée pour déterminer les conditions professionnelles les plus favorables à l'épanouissement des salariés et la compétitivité des entreprises.
L'Evaluation de tous les Risques Professionnels est un concept issu d'une directive européenne[45] qui a été transposée dans le code de travail de droit privé français avec la loi 91-1414 du 31 décembre 1991. Ainsi, tout employeur se trouve dans l'obligation d'assurer la sécurité et de protéger la santé de ses salariés et donc d'évaluer, de prévenir les risques psychosociaux, et de prendre les mesures nécessaires en faveur de la santé physique et mentale des salariés.
Le décret de loi 2001-1016 du 5 novembre 2001, stipule l'obligation de créer et de mettre à jour annuellement un écrit dénommé Document Unique d'Evaluation de Risques Professionnel (D.U. ou D.U.E.R. ou D.U.E.R.P.). Ce D.U. synthétise pour chaque unité de travail, l'ensemble des risques, de

[39] Chiffres de 2004 de la C.N.R.A.C.L.qui couvre les soignants des hôpitaux publics, soit 70 % des personnels paramédicaux français.
[40] Enquête PRESST-NEXT effectuée en 2003 auprès de 5376 de paramédicaux français dans le cadre d'une étude européenne.
[41] Document de travail n°41, I.R.D.E.S., mars 2011.
[42] L'I.N.R.S. précise que « ces résultats ne sont qu'une évaluation minimale d'une réalité bien supérieure », car seules, une définition limitée du stress et trois types de pathologies associées, ont été considérées. Ce travail n'apprécie pas, non plus, toute la dimension du coût pour l'individu, telles que souffrance, altération de bien-être… qui sont également source de dépenses et de perte de richesse.
[43] Sondage réalisé par Ipsos Mori pour le compte de l'Agence européenne sur la sécurité et la santé au travail auprès de 35000 citoyens dans 36 pays européens sur des sujets liés au monde du travail actuel dont le stress professionnel.
[44] Le droit du travail, apparu à la fin du XIXème siècle, avec la révolution industrielle, régit les relations entre employeurs et salariés et vise à limiter les risques plus ou moins probants, engendrés par toute situation de travail
[45] La directive-cadre 89/391/CCEE du 12/06/1989 énonce les obligations des employeurs à assurer la santé et la sécurité des travailleurs dans tous les aspects liés à leur activité professionnelle, les R.P.S. y sont donc implicitement compris.

leur occurrence et de leur criticité (fréquence et gravité), mais aussi les moyens de prévention à mettre en œuvre au sein de l'entreprise. L'intérêt primordial de ce D.U. est la définition d'un programme de prévention découlant directement des analyses et évaluations qui auront été effectuées. Ce sont moins les effets du stress en tant que tels qui seront alors appréhendés, mais bien le non-respect d'obligations particulières de prévention ou la caractérisation d'infractions précises. Pour la fonction publique, un accord cadre relatif à la prévention des R.P.S. a été signé en octobre 2013.

Au-delà de toute obligation réglementaire, l'élaboration du D.U. en matière de R.P.S. doit inciter tout dirigeant à repérer les dysfonctionnements et à adopter les solutions pour l'amélioration les conditions de travail.

b. Les mesures de prévention

En France, le rapport Nasse et Légeron[46], fait référence en matière de prévention des R.P.S. Il préconise une prévention selon les trois niveaux utilisés par de l'Organisme Mondial de la Santé (O.M.S.)[47] .
La prévention à la source, dite primaire, consiste à éviter l'apparition ou tout au moins, à minimiser les facteurs connus comme étant à la base des problèmes de santé. Elle s'organise autour du contexte du travail et fait largement appel à une analyse en profondeur du fonctionnement de l'établissement, au niveau de l'organisation, de la gestion de ressources humaines et des relations interprofessionnelles. Cette prévention, la plus efficace à moyen et long terme, est à privilégier et elle permet à l'employeur de répondre parfaitement à ses obligations réglementaires[48].
La prévention corrective, dite secondaire, concerne la gestion individuelle des R.P.S.. Elle vise à renforcer la résistance des salariés au stress grâce, entre autres, à des formations sur la gestion du stress, des conflits, du coping[49] ou selon le rapport, à du coaching. Cette prévention ne s'attaque pas aux causes réelles du problème et son effet ne se maintient pas dans le temps. Elle interroge largement la qualité de la vie collective au travail (ambiance, relations avec les collègues et la hiérarchie, etc.) et les moyens laissés par l'organisation. En fait, la prévention secondaire ne devient nécessaire que lorsque l'organisation collective, la transmission des savoirs, l'entraide entre collègues sont insuffisantes ou défaillantes. Une équipe bien soudée et une hiérarchie qui remplit pleinement son rôle et veille aux besoins et à la formation des salariés, devraient assurer en grande partie des missions dévolues à la prévention secondaire des R.P.S
La prévention dite tertiaire est une réponse d'urgence avec prise en charge médicale et/ou psychologique de personnes qui souffrent de problèmes de santé liés au stress mais qui ne sont plus en mesure de faire face aux contraintes imposées par leur travail. Elle n'est en fait qu'une juste réparation des dégâts causés par les R.P.S..

L'Institut National de Recherche et de prévention de Santé au travail (I.N.R.S.) dans son guide « Stress au travail Les étapes d'une démarche de prévention » établit un processus en 6 phases avec :

- un pré-diagnostic dont le but est d'objectiver les problèmes de stress souvent déniés par l'entreprise ou attribués uniquement à la fragilité de certains salariés, d'évaluer leur dimension collective et de convaincre l'entreprise d'aller plus loin,

[46] Rapport sur « la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail », établi par Patrick Légeron, psychiatre, et Philippe Nasse, magistrat, et remis en mars 2008, au Ministre du travail Xavier Bertrand en mars 2008.
[47] En 1948, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), distingue trois stades successifs de prévention, allant des moyens à mettre en œuvre pour empêcher l'apparition de pathologies jusqu'à leur thérapeutique, en préparant éventuellement la réinsertion des malades.
[48] Dans le domaine de la santé, une circulaire du 22/05/2012, de la Direction Générale de l'Offre de Soins (D.G.O.S.) préconise une série de formations pour une culture de prévention des R.P.S. et le développement du bien-être au travail destinée aux cadres, aux personnes chargées des ressources humaines, aux acteurs de la santé et de la sécurité au travail. (5ème orientation - annexe 26)
[49] Au-delà du syndrome général d'adaptation, réaction purement biologique et physiologique qui est au centre de la réaction au stress, l'homme dispose de moyens complémentaires nommés stratégies d'adaptation et d'ajustement regroupées sous le nom de coping.

- la constitution d'un groupe projet c'est-à-dire d'un comité de pilotage pluridisciplinaire, constitué de représentants de la direction, du personnel (salariés volontaires, représentatifs des différents services), de préventeurs internes (membre de Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail C.H.S.C.T. ou délégué du personnel, animateur santé-sécurité...) et externes (médecin du travail...). , pour informer l'ensemble du personnel et assurer le suivi des indicateurs et des actions,
- un diagnostic approfondi pour évaluer le niveau de stress, en repérer les sources et identifier les salariés les plus affectés,
- la restitution des résultats aux différents acteurs de l'entreprise afin de rechercher des pistes de solution et leur mise en pratique (ces résultats devront être notifiés sur le D.U.E.R.P.)
- l'élaboration, la hiérarchisation et la mise en œuvre d'actions, l'évaluation des actions mises en œuvre ainsi que leur suivi qui alimentera la réactualisation du D.U.E.R.P..

Avant d'envisager une démarche de prévention du stress, il est nécessaire que la direction s'engage totalement afin d'éviter les diagnostics sans suite qui génèrent de faux espoirs et sont à terme plus dommageables que le statu quo et qu'in fine, elle accepte une remise en cause de l'organisation si celle-ci s'avère être la source des difficultés.

Les facteurs de R.P.S. sont multiples et complexes. Leur repérage et leur analyse requièrent un investissement en temps et en moyens humains ainsi que des compétences particulières**.** Le coaching participe très largement aux mesures de prévention dans leur ensemble car il agit de façon systémique, au niveau collectif et individuel et permet ainsi l'instauration d'une Qualité de Vie du Travail (Q.V.T.).

II- LES POINTS CLES DU COACHING

Le soignant donne sens à son travail grâce au déploiement de ressources définies par ses compétences, son identité professionnelle, son appartenance à un collectif de travail ou à une structure, et par la reconnaissance chez ses patients, ses pairs et sa hiérarchie de la qualité de son travail et de son implication[50]. Le coaching en intégrant l'ensemble de ces facteurs pallie l'émergence des R.P.S. et contribue à leur «prophylaxie»[51] avec une approche à la fois individuelle et collective.
Le coaching, métier au statut clairement défini bien qu'ignoré de beaucoup, s'inscrit dans une démarche d'ouverture à l'autre (un individu ou un groupe) et met en œuvre savoir-être et savoir-faire pour un accompagnement vers la réussite d'objectifs favorables à une qualité de vie professionnelle et personnelle.

A- Une discipline professionnelle

Le coaching est un domaine d'activité méconnu, voire déprécié tant la terminologie « coach» est indûment utilisée. Une présentation globale est souvent nécessaire pour estimer l'étendue du champ de compétences nécessaire à son exercice.

La définition donnée par Linkup Coaching, le Centre Européen de Formation au Coaching Professionnel, permet une parfaite compréhension de ce domaine d'activité méconnu.
« Le coaching consiste à accompagner des personnes ou des groupes dans la définition et l'atteinte de leurs objectifs, au bénéfice de la réussite de leur évolution personnelle et professionnelle. Le coaching est l'accompagnement de personnes ou d'équipes dans le but de développer leur potentiel respectif, de permettre l'émergence et la mise en place de stratégies de réussite pour définir et atteindre leurs objectifs tant dans les domaines personnels et professionnels. Le coaching a pour but de libérer le potentiel des hommes et/ou des équipes[52]. Le coaching est l'art d'apprendre à apprendre à réussir. Le coaching est un véritable métier ».

Le coaching est une discipline relevant des sciences humaines[53], il se situe à la confluence de plusieurs domaines définissant les aspects psychiques, interpersonnels et systémiques de l'individu à visée humaniste et permet une approche intégrative des interactions et des attitudes individuelles et organisationnelles. Le coaching est un accompagnement d'un individu ou d'un groupe d'individus, dans une voie de progrès, d'un état non satisfaisant dans « l'ici et maintenant » à un état désiré dans un futur, correspondant à un objectif défini, écologique et pérenne tant dans la résolution de problèmes, que dans le développement et l'optimisation de potentiels.

Le coaching s'intéresse aux comportements et aux processus mentaux, cognitifs, conscients ou non, considérés comme étant à l'origine des émotions en cherchant à intervenir sur la construction des croyances et des représentations. Il s'inscrit dans une relation d'aide par le biais d'entretiens et vise l'émergence chez le coaché de ses propres solutions avec une mise en mouvement vers des réalisations concrètes.

[50] Source : « Prévention action - le médico-social » édité par l'agence pour les Amélioration des Conditions de Travail de la Méditerranée (A.C.T. Méditerranée), l'Agence Régionale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (A.R.A.C.T.) et la Direction Régionale des Entreprises des la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi (D.I.R.E.C.C.T.E.).
[51] Utilisation de guillemets pour ce terme dont l'usage est, ici, détourné puisque selon la définition du Larousse la prophylaxie désigne l' « Ensemble de moyens *médicaux* mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies».
[52] Le coaching s'adressant à un individu mais également à un groupe d'individu, le terme « Coaché » ou « client », dans la suite de ce propos, désignera tantôt l'individu et/ou le groupe d'individus.
[53] Sciences Humaines ou Sciences de l'Homme : disciplines ayant pour objet l'homme et ses comportements individuels et collectifs, passés et présents (définition du Larousse).

« Tout l'art du coach consiste (donc) à en dire assez pour mettre le coaché sur la piste, mais suffisamment peu pour lui laisser le plus large espace de créativité. »[54]

Le coaching s'inscrit dans une relation suivie et personnalisée d'un individu ou d'un groupe pendant une période définie afin d'obtenir des résultats concrets et mesurables. A travers un processus de changement et d'évolution, l'individu ou le groupe approfondit ses connaissances et améliore ses performances. Le coaching agit sur la prise de recul par rapport aux situations, le développement du cadre de références pour imaginer des options possibles, le développement en toute autonomie de nouvelles solutions, la compréhension des résistances pour mieux les dépasser, l'identification des moyens pour développer talents et potentialités.

Le coaching requiert un apprentissage théorique et pratique spécifique. Il fait l'objet d'un code de déontologie. Son exercice est corrélé à une entente, un accord sous forme d'un contrat bi ou tripartite (entre coach et coaché ou entre coach, coaché et donneur d'ordre). Cependant, l'utilisation tellement galvaudée de ce vocable, nécessite l'ajout de « professionnel », total truisme pour qui connait cette activité.

Parce qu'il n'est ni un style de management, ni du conseil, ni de la formation, ni du tutorat, ni du mentorat, ni de la thérapie, le coaching présente l'avantage de ne pas figurer dans le domaine médical. Ainsi, il ne peut être assimilé à l'existant, au risque de le bousculer, au contraire il a sa place dans une approche nouvelle et singulière de ce milieu ouvert aux innovations. Il sera d'autant plus accueilli par ces professionnels fortement diplômés qu'il sera pratiqué par un coach ayant suivi une formation de haut niveau et obtenu un diplôme reconnu au niveau français et européen.

B- La création d'un espace dédié au coaché

Le coach dispose de certaines méthodes qui ne sont que des trames, son outil principal reste lui-même à savoir ses dispositions, lors de l'entretien, à créer un espace d'ouverture à l'autre.

1. L'instauration d'un rapport collaboratif

Dès lors qu'une demande est exprimée de la part d'un client, le coaching va s'initier dans climat de confiance propice à un échange de qualité. Le coach doit installer un rapport collaboratif c'est à dire un accueil bienveillant de l'autre, de ses différences, de ses spécificités et de ses représentations.

Ce rapport s'établit selon 4 critères que doit remplir le coach :
- de l'authenticité pour offrir toute sa sincérité et toute sa vérité dans sa relation client,
- de la chaleur avec un respect et une acceptation inconditionnelle de l'autre sans aucun jugement,
- de l'empathie[55] pour comprendre les émotions et les sentiments du client sans les éprouver,
- de professionnalisme par ces compétences et capacités.

Ce climat de confiance est essentiel pour que la communication se fasse dans les conditions optimales pour favoriser le concept d'accompagnent, fondement du travail de coaching.
Le rapport est dit collaboratif dans la mesure où il s'établit grâce à une réflexion commune. Cette collaboration est constructive, elle se base sur des échanges menés selon des méthodologies favorisant l'introspection, l'expression et la mise en action pour l'atteinte des buts visés.

[54] Coaching. Outils et pratiques. Michel Moral et Pierre Angel. 3ème édition. p 64
[55] Carl Rogers, psychanalyste nord-américain (1902-1987), précise que la compréhension empathique à l'égard d'un système interne de référence du client est une compréhension avec la personne et non avec le sujet. « ressentir (au sens de comprendre intimement) l'univers particulier du client comme si c'était le sien propre, mais sans jamais oublier la restriction qu'implique le comme si »

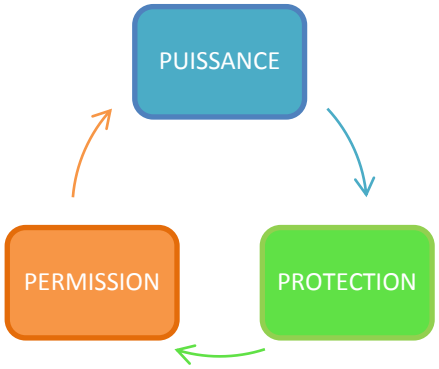
Les soignants ont ainsi l'assurance d'être accueillis comme ils le font eux-mêmes auprès des patients et d'être dans une synergie pour l'atteinte de leur d'objectif, identique à celle déployée dans l'utilisation des différents moyens thérapeutiques pour obtenir le meilleur résultat.

2. L'application de la devise 3 P

Dès le premier entretien, le coach expose la devise « 3P » : Protection, Permission, Puissance, attitudes fondamentales à un coaching efficace.

Cette devise émane de l'analyse transactionnelle (A.T.), abordée plus loin dans ce propos, avec la possibilité d'entreprendre (permission de l'adulte capable d'évaluer la situation) sans risque (protection du parent protecteur) ; elle renvoie à une dynamique en faveur de l'expression de la créativité, de la prise d'initiatives et de risques contrôlés pour optimiser son potentiel dans toutes ses composantes ontologiques.

LA DEVISE 3 P



ETATS DU MOI EN ANALYSE TRANSACTIONNELLE

Protection apportée par le parent normatif à l'adulte

Permission donnée par le parent nourricier à l'enfant libre

Protection + Permission = Puissance
La puissance donne plus de protection et plus de permission

« Protection » : le contrat établi en fixant les règles pratiques et éthiques avec le code de déontologie associé, constitue un élément rassurant pour le coaché. Il stipule que le coach, sans être tenu au secret professionnel, l'est à la confidentialité et que, sans avoir une obligation de résultats, il doit , cependant, mettre en œuvre tous les moyens dont il dispose afin de proposer le meilleur accompagnement à son client. Cette protection se manifeste également quand le coach demande au coaché de mesurer les possibilités effectives de la réalisation de ses projets et les conséquences de ses choix pour lui et ses proches. Elle s'exprime aussi par la mise en place de façon bienveillante d'objectifs intermédiaires, sorte de mini scénarii de réussite pour le coaché, contributifs à une autre perception de lui-même et à son évolution. Pour le soignant, habitué aux procédures, aux normes, etc…le coaching prodigué dans le cadre bien défini du contrat présente un aspect rassurant et ce d'autant plus que lui-même se voit obliger d'établir des protocoles d'accords du fait de la judiciarisation de la médecine. De même, les garde-fous posés par la réflexion sur la faisabilité et l'impact de ses choix rejoint la responsabilité professionnelle qu'il observe dans ses actes.

« Permission » : le coaché peut ne pas répondre à certaines questions, d'interrompre ou de différer, s'il le souhaite, la séance. Le coaching offre la possibilité de s'affranchir de certaines limites, de dépasser une croyance ancienne, de mettre en avance ses compétences, de valoriser ses expériences, d'exprimer ses ambitions, et d'adopter d'autres attitudes pour se développer et s'épanouir. Il s'agit d'une « autorisation » donnée à être et à faire différemment. Cet aspect est précieux chez le soignant soumis à une quantité d'obligations et de contraintes dans son travail. La permission de lâcher prise pour lui, toujours dans le contrôle, octroie un sentiment de libération et de possibilité d'être lui-même. La permission lui est offerte d'aller au-delà de son devoir de réserve

qui le soumet à un mutisme quand il faudrait pouvoir dire les choses, exprimer son ressenti. Ne plus être celui qui ne fait que soigner, qui porte quasi-exclusivement son attention vers autrui, et avoir la permission de penser à soi, donne au soignant d'autres perspectives de vie et la possibilité d'exister autrement qu'au travers de son travail. La permission ouvre un espace de liberté d'autant plus engageant qu'il est situé sous protection.

« Puissance » : grâce à son engagement dans le coaching mené, le coaché dispose de la puissance liée au dépassement de ses croyances limitantes, à l'expérimentation de nouveaux comportements, à la conscientisation et à l'activation de ses ressources et potentiels. Le coaché gagnera en confiance en soi pour parvenir à atteindre son objectif avec une autonomie potentialisatrice de la puissance. L'ouverture bienveillante vers d'autres possibles encourage le soignant à mobiliser ressources et capacités insoupçonnées et lui permet d'exister en dehors du « diktat » de la blouse blanche.

L'alliance protection et permission fait émerge, jaillir la puissance qui, elle-même, renforce la protection et la permission installant les « 3 P » dans une spirale vertueuse. Ainsi, la « devise 3P » constitue une Pierre angulaire du coaching.

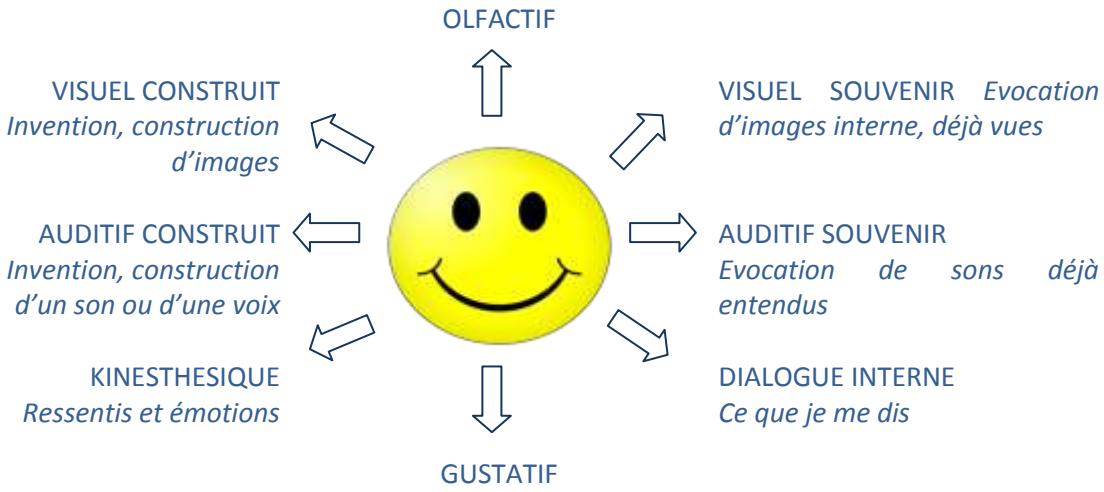
3. La pratique d'une écoute active

Le coaching s'opère selon une série d'entretiens réguliers menés par le coach avec différents questionnements et son écoute est constituée d'une attention donnée aux trois niveaux de la communication que sont la communication verbale pour 7%, para-verbale ou digitale (ton, débit, hauteur de la voix) pour 38% et non verbale ou analogique (gestuelle, expressions du visage, respiration) pour 55 %.

Et de toute évidence, un coach doit faire sien et même aller au-delà du précepte de Zenon de Citium[56]: «L'homme a 2 oreilles et une bouche c'est pour écouter deux fois plus qu'il ne parle ». En effet, les fondations du travail du coach s'établissent sur une « écoute active »[57].
Cette écoute active est efficiente grâce à la mise en œuvre de différentes pratiques avec l'utilisation de la synchronisation, la reformulation, la calibration, le VAKOG, les mouvements oculaires. Ces outils sont utiles en coaching, pour saisir la façon de communiquer propre au coaché et pour se situer « en phase » avec lui.
La synchronisation utilisée consciemment et finement au niveau verbal, para-verbal et non verbal va permettre au coach de se mettre au «diapason» de son client et le mettre en confiance. Cette synchronisation constitue une voie d'entrée subtile dans l'univers du professionnel du milieu médical connu pour son ostracisme.
La reformulation qui consiste à reprendre les propos de l'interlocuteur, sert à lui témoigner écoute, à éviter toute incompréhension, à permettre l'ajout de précisions, à lui faire prendre conscience de ce qu'il a évoqué et à bien cerner sa représentation. Cette pratique est d'autant plus recevable par les professionnels de santé qu'ils utilisent un langage opaque, compris et maîtrisé d'eux seuls et dont la technicité restreint l'accès au savoir médical. Savoir, aussi précisément que possible ce qu'il y a derrière les mots est essentiel chez les soignants habitués à utiliser un vocabulaire spécifique. Par ailleurs, face à une affirmation telle que « ça va bien » chez un soignant, reformuler en demandant : « ça va bien, c'est à dire ?» l'amène à préciser ce qu'il derrière cette phrase : se sent-il en harmonie, heureux ? ou, par rapport à ses patients, il ne peut pas dire que ça ne va pas ?
La calibration (ou calibrage) consiste à observer et à relever de façon bienveillante les éléments non verbalisés se traduisant par des réactions au niveau corporel (tremblements, transpiration, position du regard,….), ou dans la voix (timbre, ton,..). Les professionnels de santé ont pour habitude de ne

[56] Zenon de citium est un philosophe, d'origine phénicienne, fondateur en -301 du stoïcisme,
[57] L'écoute active est un concept développé à partir des travaux du psychologue humaniste américain Carl Rogers (1902-1987) consistant à mettre en mots de façon bienveillante les émotions et sentiments exprimés de manière tacite ou implicite par l'interlocuteur.

rien montrer au niveau émotionnel mais le langage non verbal est difficilement contrôlable. Aussi l'observation de ces signes est fondamentale car ce sont des indicateurs primordiaux quant à leur ressenti. Par exemple, le petit changement de la tonalité de la voix chez une personne habituée à tout contrôler au maximum, telle qu'un neurochirurgien, peut être le signe déterminant que « la chose évoquée » est sensible.
L'utilisation du VAKOG est utile pour se situer « sur la même longueur d'onde que le coaché. Le VAKOG, principe issu de la Programmation Neuro-Linguitique, représente nos 5 sens : V pour visuel, A pour Auditif, K pour kinesthésique, O pour Olfactif, G pour gustatif, révèle la façon dont le cerveau encode les informations perçues par les sens. Ces représentations sont utilisées de façon singulière dans les réflexions tant concrètes qu'abstraites de chacun. Le canal privilégié de communication est repéré par les locutions employées. Un visuel dira : *«j'ai vu ce qu'il voulait me dire »,* un auditif : *« ça me parle »,* un kinesthésique : *« ça me touche »,* un olfactif : *« je ne peux pas le sentir »,* un gustatif *: « ça me laisse un goût amer ».* Le coach utilise dans son langage, lors des entretiens, les expressions les plus « parlantes » ; aussi avec un auditif il pourra s'exprimer ainsi *« qu'entendez-vous par là ?»,* avec un visuel, *« quel est votre point de vue ?»,* avec un kinesthésique : *« quelle est votre approche ? »* avec un olfactif : *« au pif, spontanément, que diriez-vous? »,* avec un gustatif: *« quel goût prenez-vous à … ? »*. Inconsciemment, le client se sentira beaucoup plus considéré et de ce fait, répondra aux différentes questions en toute confiance.
En observant les mouvements oculaires, un coach, avec une certaine acuité, situe dans quelle sphère, se placent les propos du coaché.



Cette attention portée à la perception sensorielle du soignant permet de se mettre au diapason avec lui, l'échange en est grandement facilité.

« Toute communication présente deux aspects : le contenu (digital) et la relation (analogique), tels que le second englobe le premier, et, par suite, est une méta-communication[58] », méta-communiquer voulant dire communiquer à propos de la communication en se plaçant au dessus des propos pour mieux les analyser. En coaching, ce mode de communication est primordial afin de révéler les obstacles, les manques, de clarifier les objectifs, les intentions, de modifier les perceptions, d'établir des liens et afin d'accéder à la prise de recul nécessaire pour une meilleure compréhension. Des questions pour prendre du recul peuvent être : Qu'attendez-vous de la démarche de coaching? En quoi sera-t-il important pour vous d'atteindre cet objectif? Que retenez-vous de notre séance aujourd'hui?

[58] Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, Don D., 1972, Une logique de la communication, trad.de l'américain par J. Morche, Paris, Seuil, p. 52).

Les professionnels de santé utilisent une terminologie très spécifique pour chaque symptôme, chaque syndrome, chaque pathologie ; le vocabulaire médical qui compte entre 15000 et 2000 mots est sans arrêt enrichi de termes nouveaux. Chaque mot est composé d'une racine que l'ajout d'un suffixe ou d'un préfixe modifie dans la signification comme par exemple : la glycémie, hyperglycémie et l'hypoglycémie. Méta-communiquer chez les professionnels de santé, souscrit à la précision nécessaire de la signification des termes utilisés pour échanger le plus exactement sur les diverses maladies.

Dans les pratiques médicales, l'écoute accordée aux patients par les soignants s'est atténuée avec les avancées scientifiques car les diagnostics s'établissent par une multitude de tests, d'analyses et d'examens, selon des données factuelles et quantifiables répondant à un ensemble normatif. Dès lors, la priorité est accordée aux indications d'un bilan plutôt qu'aux dires, ou aux révélations d'un patient. Les professionnels de santé, en l'absence d'une attention concrète portée à son patient, peuvent se trouver ensuite confrontés à des difficultés de posture et éprouver alors, le besoin de partager leurs expériences avec leurs pairs. A ce titre, les groupes Balint[59] ont été créés pour permettre un échange bienveillant de pratiques mais ne font pas consensus. D'autre part, des numéros verts existent dans certaines structures mais ne sont pas utilisés ; ainsi, la ligne verte de l'Institut Gustave Roussy, premier centre anticancéreux de France qui emploie 2500 personnes a reçu après sa création pas plus de 2 appels en 6 mois.
L'écoute active auprès du soignant va très au-delà d'une possibilité offerte à la présentation d'un vécu. Elle le situe dans un échange où est rendu réalisable l'expression de ressentis, trop souvent enfermés et cachés par cette deuxième peau qu'est la blouse blanche. Ecouter ce qui est dit à travers les mots, les expressions, les attitudes, l'encourage à s'exprimer plus encore. Se révèle alors en lui, cette part enfouie par la représentation d'une posture sacrificielle au profit de l'autre souffrant attribuée à ce métier tant par lui-même que par les autres,
Les différentes méthodes de l'écoute active lui permettent de libérer ses pensées et sentiments même les plus indicibles. Il éclaire cette part de lui-même « négligée » qui, une fois restituée, le remet dans l'entièreté de sa dimension humaine tout à la fois singulière et universelle.
Par exemple, le soignant énervé, peut, grâce à l'écoute active, formuler sa colère envers une personne malade, et au-delà trouver la signification de cette émotion ; peut être n'a-t-il pas respecté ses limites, ou a-t-il fait un transfert sur cette personne qui lui en rappelle une autre?
L'écoute active est déterminante pour aller à la découverte multidimensionnelle de l'autre.

4. Une attention à la réalité du coaché

Pour avoir une bonne approche de son client, le coach doit avoir intégré une vérité fondamentale évoquée par l'aphorisme « La carte n'est pas le territoire » emprunté au fondateur de la sémantique [60]générale, Alfred Korzybski.

La carte est seulement une représentation de la perception propre à chacun selon les canaux sensoriels qu'il privilégie et ne peut donc pas représenter le territoire, à savoir la réalité. Cette carte évolue en fonction de l'environnement, des expériences, des croyances, ainsi chacun dispose d'une perception totalement subjective et d'une interprétation singulière de la réalité.
Alfred Korzybski, a développé sa théorie selon trois orientations La carte n'est pas le territoire, les mots ne sont pas ce qu'ils représentent mais seulement l'interprétation de la réalité de celui qui les dit. Elle ne couvre pas tout le territoire car les mots ne représentent pas tous les faits et ne peuvent pas couvrir tout ce qu'ils sont supposés représenter. Et enfin, elle est autoréflexive en ce sens qu'une

[59] Ces groupes, initiés par le psychiatre Michael Bálint (1896-1970), ont pour objet de tenter d'améliorer par la parole la qualité thérapeutique de la relation entre le soignant et son patient lors d'échange d'expériences entre pairs.
[60] Sémantique, en grec ancien voulait dire « significatif, est relatif à la signification et au sens des unités linguistiques, qui a un sens, relatif à l'interprétation des symboles et du cadre de formation d'un système.(Wikitionary)

carte « idéale » devrait inclure une carte de la carte (avec un phénomène de ricochets) puisque, dans et avec le langage, nous pouvons parler à propos du langage ; les mots décrivent et représentent les mots eux même en tant qu'une pseudo- représentation du réel.

Il est important pour un coach de s'ouvrir à la diversité des cartes du monde de la santé. La communication n'est qu'une approximation de la réalité et les mots n'ont pas la même signification pour tous.
Quelques exemples parmi tant d'autres, le démontrent. Une même profession médicale peut se définir de façon totalement différente. Le radiologue est un médecin spécialiste en imagerie médicale mais selon qu'il exerce sa fonction dans un cabinet pour de la radiologie standard, ou dans des centres de Scanner ou d'I.R.M. pour l'imagerie en coupes, ou dans une salle similaire à un bloc opératoire s'il est expert en radiologie interventionnelle, son travail et ses contraintes ne sont pas du tout les mêmes. Les professionnels de santé n'ont pas le même regard par rapport aux maladies que tout un chacun. Ainsi, un cancer considéré par beaucoup avec une gravité extrême, sera, selon sa typologie perçu, par un soignant, comme une « grosse grippe », une grippe ayant par ailleurs un caractère de dangerosité peu connu du grand public. Pour qui côtoie la souffrance, la dégradation des facultés et la mort, le quotidien avec ses désagréments n'est pas perçu de la même façon que n'importe quel quidam, certains incidents sont estimés peu graves quand d'autres les trouvent dramatiques.
C'est en sachant à la fois dessiner le plus précisément possible sa propre carte avec une analyse de ses facultés de perception et de compréhension et également esquisser celle de son client que le coach peut tenter de comprendre son univers et l'aider à s'orienter pour trouver de façon autonome les pistes le conduisant vers la réussite dans la réalisation de ses objectifs.

En coaching, l'individu est considéré selon les données de sa carte et est entraîné au-delà de celle-ci, vers des territoires inconnus de lui-même pour le situer au sein d'un ensemble de facteurs avec lesquels il peut agir et interagir. Grâce à ces principes de perception du monde, le coach ouvre un espace, unique et singulier, consubstantiel au coaché dans son intégrité d'être humain. Cette attitude d'ouverture totale envers les professionnels de santé est inhabituelle pour eux plus accoutumés à s'occuper et à se soucier d'autrui qu'à se focaliser sur leur personne. La force du coaching consiste à considérer l'autre dans son unicité et sa globalité. Permettre au soignant de ne plus se limiter à sa carte avec la représentation de son travail selon les principes attendus et l'entraîner dans une exploration de son territoire lui donne la possibilité de dépasser son cadre strictement professionnel pour retrouver sa nature profonde.

L'image du soignant ne se restreint plus à un métier quant bien même il s'agit d'une vocation ou d'une passion. L'approche systémique lui permet de dépasser son identité professionnelle avec tous les paradigmes notamment sacrificiels classiquement attribués à ces métiers afin de prendre une autre envergure tout en restant congruent à lui-même.

C- Coacher ou l'alliance d'un savoir-être et d'un savoir- faire

Dans une discipline où se conjuguent savoir être et savoir faire, l'écoute est une des valeurs essentielles ; elle s'associe, tout au long du processus de coaching, à d'autres compétences spécifiques mises en œuvre en adéquation avec la personnalité du client et l'objectif à atteindre.

1. Une stratégie de questionnements

Le coaching est une véritable collaboration construite autour de questionnements. Ces interrogations font partie d'un processus de réflexion et de traitement de la pensée, elles

contribuent à la métamorphose du coaché en lui permettant de limiter, voire même d'éliminer les contraintes ou les entraves, de découvrir ou d'identifier ses ressources afin de trouver son chemin vers l'autonomie pour l'accomplissement de ses projets.

Au cours d'une série d'entretiens, cet accompagnement s'édifie dans une dimension cognitive pour définir les freins, les capacités chez le coaché et dans une dimension comportementale pour élaborer un plan d'actions « intermédiaires» à accomplir tout au long du processus afin d'amorcer, dans une stratégie de réussite, la propension à intégrer un nouvel état d'être.

La première question : Que puis-je faire pour vous ?, introduit le coaching, elle met le coach au service du coaché et résume à elle seule l'essence même du processus. L'esprit de cette discipline intègre « cet art où Socrate excellait, et qu'il nommait la maïeutique[61], l'art de faire éclore les grandes pensées, d'accoutumer les esprits par l'exercice à chercher et à connaître leurs facultés pour les tourner vers un but noble et utile… »[62] ; cette «méthode socratique » repose sur le questionnement pour amener avec finesse et discernement, un interlocuteur à prendre conscience de qui il est, de ce qu'il sait, à l'exprimer et à l'utiliser pour un se réaliser.
Le coaching, dans sa dimension philosophique, se rapproche des interrogations fondamentales évoquées par Socrate avec « Qui est je? », par Descartes avec « D'où tires-tu cette évidence? », par Kant avec « Comment peux- tu le savoir ? », par Nietzche avec « Qui parle quand tu parles » et par Sartre avec « Qui veux-tu être ? ».

Pour favoriser le cheminement vers le but voulu, le coach conduit le questionnement selon trois axes, le premier est centré sur l' objectif avec une demande claire et explicite, la motivation à y parvenir , les critères d'atteinte, les inconvénients et avantages, les ressources et obstacles ; le second s'intéresse à la réalité et à la situation présente, et le troisième concerne les options, les actions et le niveau d'engagement. Ces entretiens sont conduits selon la méthode des « 4R » afin de « Recontextualiser » pour situer et cerner le vécu du coaché, « Reformuler » pour préciser ses mots et ressentis, « Résumer » pour une validation et une reformulation de ses dires, « Renforcer » pour le valoriser et également avec une réinterprétation ou une relance sur les fais. Cette technique participe à une co-construction d'échanges qui visent à valoriser les ressources du client pour une amélioration de sa pensée vers des perspectives constructives et pour une mise en mouvement. Ces interrogations sont orientées de façon à amener le coaché à cerner l'ensemble des critères concourant au changement de situation et à accoucher de ses propres solutions.
Les professionnels de santé, dans leur travail, s'interrogent sans arrêt pour les choix thérapeutiques en examinant l'ensemble des éléments du rapport bénéfices/risques pour prendre la meilleure décision. Aussi le modus operandi du coaching leur est familier et il leur est aisé de s'approprier les questions soulevées au cours des séances.

La formalisation d'un nouvel archétype sonde l'identité profonde du coaché. La maxime de Socrate « connais-toi toi-même » met en exergue la nécessité fondamentale en coaching, de dégager le modèle C.V.B.L.P. pour Croyances, Valeurs, Besoins, Limites et Parasitages, véritable « sceau identitaire » de l'individu. Auprès de soignants, la définition du C.V.B.L.P. se détermine, chez beaucoup, par le don de soi concernant les croyances (C), le maintien de la vie au niveau des valeurs (V), le besoin de reconnaissance auprès des malades (B), la part donnée à la vie privée pour les limites (L), les charges administratives parasitant le temps dédié aux soins (P).

[61] Maïeutique est un terme emprunté au grec par Socrate pour parler de sa méthode d'enseignement comme un « art d'accoucher» et qui signifie «relatif à l'accouchement», «accoucher».
[62] Extrait de Mérimée, Histoire du règne de Pierre le Grand dans le Journal des Savants, 1867, p. 618

Tout l'art du coaching consiste à accompagner son client dans la modification de sa perception de lui-même et de son environnement, dans la mobilisation de ses ressources et capacités et dans son autonomie d'évolution vers un but fixé. Dans cette perspective, des outils sont à connaitre, à maîtriser et à expérimenter sans oublier cependant que l'instrument essentiel reste le coach lui-même. L'échange se place sous forme d'un questionnement conduit avec intelligence et de manière dialogique[63]pour développer une vision englobant entièrement la personne dans son existence.

2. L'homme, un être social approché par l'Analyse Transactionnelle

Selon Aristote, « l'homme est un animal social ». La quasi-totalité des comportements humains sont déterminés par l'environnement social, par ses relations avec les autres. L'homme se révèle comme le résultat d'une nature biologique (l'inné) et d'un contexte social (l'acquis). Le rapport aux autres revêt un rôle fondamental.

L'Analyse Transactionnelle (A.T.) créée par Eric Berne[64], psychiatre américain, dans les années 50, permet une approche comportementaliste des relations humaines. Très utilisée pour étudier, analyser les relations, les transactions entre les individus, elle repose sur trois concepts:

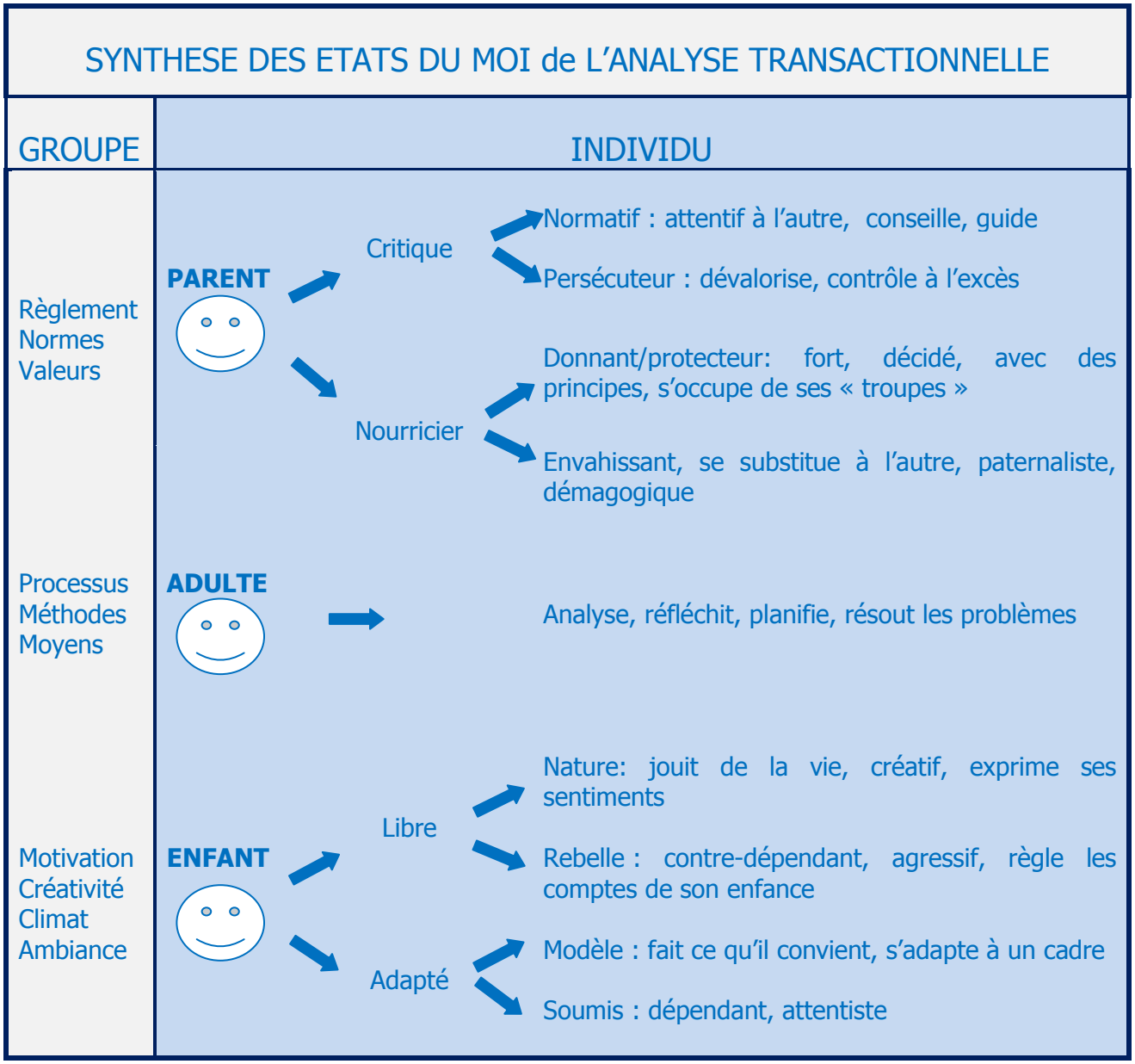
- Un individu abrite simultanément trois personnages ou trois états de moi en lui: un parent, un enfant un adulte et selon les situations, les personnes rencontrées, il se comporte comme tel ou tel personnage, cette grille d'analyse peut se transposer au niveau collectif (entreprise…)
- Certains comportements, dépendant des états du moi, en se répétant, produisent des jeux interpersonnels qui se définissent comme un ensemble de transactions doubles, périodiques, récurrents, plausibles en apparence, avec cependant une motivation cachée.
- En chacun, est défini très jeune, un plan de vie dont le déroulement donne naissance à un scénario de vie.

Ces scénarii correspondent à des schémas relationnels qui répondent à un besoin de structure en attribuant une certaine prévisibilité des évènements de la vie, ainsi l'individu agit et bâtit sa vie en fonction d'une construction établie dans l'enfance sur une logique répétitive mais cette construction, s'avère au fil du temps de plus en plus inadéquate.
Le coach doit inciter son client à reconnaître les trois personnages qui cohabitent en lui lors d'un état inadapté, inopérant, voire même freinant ou bloquant. Par exemple, fonctionner en « Parent » amène l'individu à reproduire sans cesse les schémas issus de l'éducation parentale, scolaire ou de l'entreprise, ce mode peut devenir trop étroit, il est nécessaire alors de développer l'écoute de soi et des autres, de prendre conscience de ses valeurs propres pour créer sa vie d' « Adulte » afin de devenir auteur de sa vie, en intégrant la nécessité d'apprendre et d'appliquer le sens de la responsabilité et de l'engagement. L' « adulte » œuvre dans le monde du sensé, il a fait le tri entre les croyances, les idées reçues, il planifie, sélectionne pour faire vivre ses valeurs et parvenir à ses objectifs. Cet état « adulte », pour s'affirmer dans sa dimension humaine, doit être associé à l' « enfant » pour le ressenti, l'intuition et la créativité.

Le coaché est amené à observer un point de vigilance quand l' « enfant » l'envahit sur le plan émotionnel parce qu'emporté par l'affectif, il agit avec une absence de discernement ou, à contrario, lorsque l'expression des émotions se trouve bloquée du fait d'interdits, de peurs en lien avec une éducation rigide le laissant alors dans la soumission et l'empêchant de s'affirmer. Le coaching va permettre aux professionnels de santé, de savoir reconnaître et gérer les émotions omniprésentes dans leur métier pour ne pas en être submergés et travailler en restant parfaitement alignés et congruents.

[63] Dialogique : adjectif du XVIe siècle, emprunté du grec dialogikos, « en forme de dialogue ». Les écrits de Platon sont dialogiques.
[64] Léonard Bernstein (1910-1970) dit Eric Berne en hommage à Eric Erickson dont il fut l'élève, est le fondateur de l'Analyse Transactionnelle (A.T.)

Prendre conscience de l'état du moi qui le domine selon les circonstances, permet au coaché de se défaire des zones négatives aspectées dans certains états Parents et Enfants, et d'utiliser les états du moi les plus en adéquation avec la situation. Ainsi, l'adulte peut s'exposer et quand il le souhaite, en toute liberté, laisser les états Parents ou Enfants dans leurs côtés positifs, s'exprimer. Le coché va donc être conduit à revisiter ses logiques et à les actualiser en sélectionnant les scénarii qui conviennent afin de pouvoir agir en toute autonomie car c'est bien grâce à la façon dont il se positionne qu'il va se donner les moyens de réaliser sa vie.



La conscientisation des états du moi constitue un agent de transformation extrêmement puissant puisqu'elle conditionne le rapport à soi, et aux autres donc le rapport au monde. Cette analyse induit une approche différente des soignants auprès de leurs patients.
Dans son cadre professionnel où son savoir et ses compétences font autorité, il sait, dans des transactions complémentaires ou parallèles, se positionner en parent normatif quand le patient « enfant modèle», demande conseil ou en parent nourricier quand lorsque le malade « enfant soumis » dépendant exprime le besoin d'être aidé. Et il adopte une posture d'adulte dès que le patient présente une attitude responsable.

Dans un aspect de transactions cachées ou croisées, par sa posture « adulte », il conduit le malade à plus d'implication et de responsabilisation quand, « ancré » dans la position enfant, il cherche à se faire plaindre sans arrêt, ou encore quand en « parent critique » il exige une prescription non fondée et rabaisse ainsi le rôle du soignant. De même, ces positionnements, rendront moins difficile l'annonce de certains diagnostiques. Le soignant sera plus à même d'éviter de rentrer dans des échanges larvés par des comportements inadéquats, de gérer les conflits en adoptant une communication non violente[65] qui instaure un dialogue sincère.
Cette harmonisation dans les rapports, cette collaboration lui confère une meilleure compréhension de son patient. Le professionnel de santé « adulte » entretient une confiance mutuelle basée sur l'authenticité de la relation soignant-soigné et acquière cette juste distance conférée à l'empathie, il ne subit plus le stress compassionnel et travaille, sans se laisser submerger par ses émotions, de façon plus efficiente dans l'intérêt de tous.

L'A.T. permet d'explorer en profondeur les situations conflictuelles. Après une prise de conscience des problèmes, le coach accompagne le changement vers le comportement plus adéquat d' « adulte libre » et ce d'autant plus qu'il aura une parfaite connaissance de « Qui est « je ».

3. L'homme, un être de perceptions, abordé par la Programmation Neuro-Linguistique

L'individu perçoit sans arrêt des informations par ses cinq sens (vue, ouïe, toucher, goût et odorat) deux milliards de fragments d'informations à la seconde et le cerveau quant à lui est capable dans le même laps de temps d'en traiter moins d'une dizaine.

Nos cinq sens perçoivent sans arrêt une quantité phénoménale de stimuli (près de deux milliards de fragments d'informations à la seconde) alors que, selon les travaux de George Armitage Miller[66], linguiste et psychologue américain, notre cerveau est capable de traiter moins de 7 informations dans le même laps de temps. De ce fait, une sélection s'opère entre les informations reçues et celles perçues. Dans les années 70, deux californiens Richard Bandler, mathématicien, et John Grinder, linguiste, ont conduit des recherches auprès de grands communicants, à savoir des personnes parvenant à échanger avec des sujets difficiles. Ils ont analysé l'ensemble du circuit de l'information, de ses voies d'entrée, en passant par son traitement par le biais de filtres et pour finir par son expression. Cette étude a déterminé la Programmation Neuro Linguistique (P.N.L.)[67], Programmation pour les programmes établis par le cerveau pour gérer les savoirs, habitudes et actions conscientes ou non, Neuro pour les modalités d'encodage neuronal selon les programmes et Linguistique pour la façon de communiquer (verbale ou non verbale). La P.N.L. créée un lien entre les émotions, les croyances, l'identité et le comportement ; elle part du postulat que toute réussite et tout échec résultent de l'exécution de programmes inconscients innés ou acquis et elle est utilisée en processus d'accompagnement au changement.

Les émotions (de « é » : vers l'extérieur et « molare » : mouvoir) jouent un rôle majeur ; elles provoquent des sécrétions hormonales qui préparent le corps à réagir pour surmonter les défis de la vie par le biais du centre limbique au détriment du néo-cortex (cerveau pensant), elles déterminent le choix le plus opérant pour la préservation de l'équilibre vital et l'homéostasie, elles participent aux

[65] La communication Non violente (C.N.V.) a été développée aux Etats-Unis dans les années 60, par le docteur Marshall Rosenberg, et s'inspire fortement des travaux de Carl Rogers (1902-1987), dont il a été l'élève.

[66] Le professeur George Armitage Miller a publié dès 1956 ses résultats dans un article scientifique resté célèbre, The Magical Number Seven, Plus or Minus Two (Sept, le nombre magique plus ou moins deux). Il établit que le nombre sept correspond approximativement au nombre maximal d'éléments qu'est capable de traiter l'esprit humain.

[67] La programmation Neurolinguistique (PNL) est issue du champ thérapeutique, s'inspirant du travail de Milton Erickson (fondateur de l'Hypnose Ericksonienne), de Virgina Satir (qui a développé la thérapie de couple et de la famille) et de Fritz Perls (fondateur de la Gestalt thérapie). Dans leurs recherches, Bandler et Grinder se sont également inspirés des travaux et compétences de certains psychanalystes, sociologues ou bien encore anthropologues et linguistes.

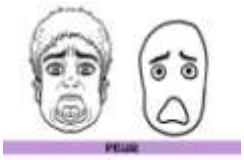
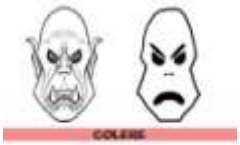
décisions en réduisant les possibilités induites par la seule raison voire même en s'y substituant pour la peur.

Selon Bernard Rimé, professeur en psychologie et président de l'International Sociaty for Research on Emotions, les émotions constituent des ajustements permanents à notre environnement. Guendune Rinpoché, maître tibétain énonce : « Ce que nous percevons du monde est ce que nos émotions nous en laissent percevoir » et Sartre « une émotion est une transformation du monde ».

La définition de l'émotion est si complexe qu'il n'en existe pas une qui fasse consensus[68], cependant la suivante paraît suffisamment complète : « L'émotion peut se définir comme une séquence de changements d'état intervenant dans cinq systèmes organiques (cognitif, neurophysiologique, moteur, motivationnel, moniteur) de manière interdépendante et synchronisé en réponse à l'évaluation de la pertinence d'un stimulus externe ou interne par rapport à un intérêt central pour l'organisme »[69]

Pour Antonio Damasio, neurologue américain, le cerveau humain peut être vu comme une mécanique qui extrait et traite de l'information et qui, contrairement aux ordinateurs, possède un point de vue. Cette machine sent et connaît des émotions ; et surtout ressent chaque émotion et chaque perception comme étant sienne. Par ses recherches, Damasio a démontré que la capacité de raisonner est profondément ancrée dans notre être émotionnel.

Une émotion peut s'exprimer de façon verbale ou non verbale, Il existe un langage des émotions que certains arrivent à percevoir mieux que d'autres. Paul Ekman, psychologue de l'université de San Francisco, a constaté que tous les humains, quel qu'ils soient, affichent les émotions sur leur visage de la même façon.

LES 4 PRINCIPALES EMOTIONS ET LES BESOINS QU'ELLES REVELENT		
	Emotion liée à l'anticipation d'une souffrance réelle ou imaginaire Le coach s'adresse d'abord à l'émotion avant d'avoir un discours rationnel. Questions: En quoi êtes-vous sûr qu'il y a danger ? Quelle est le danger spécifique ? La zone de risque ?	Besoin d'être rassuré, protégé ou de fuir
	Emotion d'une personne lésée ou croyant l'être. La colère doit être exprimée. Questions : Quel préjudice avez-vous subi ? Qui en est la cause ? Que voulez vous faire de cette colère ?	Besoin d'être entendu et respecté. Besoin d'une « réparation » réelle ou symbolique.
	Emotion liée à une perte ou un manque Question : Pourquoi cette tristesse ?	Besoin d'être consolé
	Levier motivationnel fort. La joie ou le plaisir réel ou anticipé est un indicateur de bonne voie. Questions : Qu'avez vous obtenu pour être aussi joyeux ? Avec qui et quand allez vous partager cette joie ?	Besoin de partager

[68] En 1981, les chercheurs Paul R. Kleinginna, Jr.,et Anne M. Kleinginna du Georgia Southern Collegeen ont répertoriés par moins de 92 définitions.

[69] Source Wikipédia.

Les émotions, réactions subtiles, sont déclenchées par une évaluation de la signification personnelle du sens de ce qui se produit ; par conséquent elles ne sont à négliger ni chez le coaché car elles sont totalement légitimes contrairement à certains comportements, ni chez le coach qui doit impérativement savoir les gérer.

Le soignant est sans arrêt exposé aux émotions, les siennes et celles des autres Or, selon un mythe vertueux, le soignant doit être en empathie totale avec l'autre, toujours disponible et il existe une forme d'interdit professionnel implicite à laisser paraître son ressenti, cette censure est renforcée par les avancées médicales vers plus de technicité et par les règles sociales. Ces émotions en contact avec le malade peuvent être agréables, elles sont alors gratifiantes, valorisantes et renforcent l'estime de soi et, très pénibles, face à des difficultés, des souffrances ou la mort, car elles renvoient le soignant vers un sentiment d'échec. Les exprimer peut être néfaste dans la mesure où elles peuvent interférer en modifiant la réalité dans une prise de décisions devant être objective. Les émotions permettent l'adaptation et guident les comportements, aussi, en coaching, est-il essentiel de les accueillir car elles constituent le fondement de l'identité individuelle, de la mémoire, des représentations et des relations humaines. Le coach va conduire le soignant à les reconnaître, à savoir ce qu'il ressent au niveau psychique et physique, à déterminer à quelles circonstances, dans le présent et le passé, il peut les rattacher, à définir qu'elle est l'émotion dominante, à relier une sensation à une émotion et enfin à se recentrer sur la réalité du présent. Ce travail sur les émotions amène le soignant à être congruent avec lui-même et ainsi à parvenir à une relation emprunte d'authenticité et d'humanité.

Pour Paul Watzlawick [70], la réalité de chacun est seulement le résultat d'une construction qui lui est propre. « De toutes les illusions, la plus périlleuse consiste à penser qu'il n'existe qu'une seule réalité ». Donc, la perception de toute situation qu'elle soit simple ou complexe, se détermine par des processus d'analyse inconscients propres à chaque individu, rendant impossible la définition précise du réel. Cette évaluation peut également être entravée par des facteurs qui déforment un peu plus encore les informations provenant du monde réel comme, par exemple, l'état psychologique d'une personne (de bonne ou de mauvaise humeur), son état de fatigue et son niveau de stress. En plus d'être personnelle à chacun, la perception du réel se modifie selon les circonstances.[71] En coaching, ces facteurs seront identifiés et analysés pour permettre de faire redescendre le stress au niveau optimal.
Cette perception dépend des mécanismes utilisés pour établir « sa carte du monde » dont les principaux sont la sélection, la distorsion et la généralisation. La sélection filtre, dans la substantielle quantité de stimuli externes et internes, seulement certains aspects avec le risque d'en négliger certains pouvant par ailleurs être nécessaires. Elle se fait selon la physiologie (puisque la perception dépend de nos sens), la culture, les valeurs les croyances, les expériences…. Par exemple, un soignant submergé par son travail ne va voir que les symptômes inhérents à la pathologie à laquelle il pense sans prendre en compte d'autres signes. Autre procédé, la distorsion qui modifie nos perceptions et représentations, voit son utilité dans l'interprétation de la réalité afin qu'elle soit cohérente avec notre cadre de référence, et notre modèle du monde. Par exemple, les soignants peuvent parler au patient avec leur « jargon » en pensant que le patient le comprend tel TDM pour scanner**.** La généralisation consiste à étendre à une catégorie entière de situations ou de personnes ce qui relève être la particularité d'une quantité infime. Elle a un caractère dichotomique avec un aspect aidant quand un comportement utile est adapté à de nouvelles situations et aussi un aspect

[70] Paul Watzlawick, psychologue, psychothérapeute, psychanalyste jungien et sociologue (1921-2007) est un membre fondateur de l'école de Palo Alto, il a promu une approche plutôt communicationnelle de la psychothérapie, approche s'appuyant alors sur la systémique. Il ne s'agit plus de considérer le patient dans sa dimension individuelle, mais de le prendre comme un élément du système, familial en l'occurrence.
[71] Eric Goulard, « Tous Irrationnels! Votre cerveau vous joue des tours » . Createspace. 2014. Page 256

pénalisant quand des attitudes sont liées à la rémanence de situations pénibles ou traumatisantes par le passé. Par exemple, un soignant face à un malade atteint d'une très grave pathologie, inconsciemment, « condamnera » son patient au pire sans même envisager qu'il puisse sans sortir.

Les émotions bloquent ou intensifient les capacités d'apprendre, de penser, de planifier et de résoudre les problèmes. En les faisant accepter et maîtriser, le coaching permet aux soignants d' optimiser leur potentiel dans le métier qu'ils ont choisi.
Les neurosciences ont démontré que les émotions jouent un rôle capital dans les processus de décisions et elles revêtent une importance primordiale dans les relations interpersonnelles. Elles font l'objet d'un nouveau concept, parti des Etats-Unis, et de plus en plus prisé dans les entreprises: l'intelligence émotionnelle. Proche de l'intelligence sociale qui met en exergue les capacités d'empathie de certains individus plus aptes que d'autres à tisser des liens et à démêler des relations complexes, elle détermine les capacités à reconnaitre les sentiments, les dispositions d'esprit de l'autre, et à se mettre habilement au «diapason» pour entretenir de meilleures relations interindividuelles.

4. L'homme, des ressources à savoir chercher, déployer et utiliser

L'homme est doté d'une intelligence théorique mesurée grâce aux teste de Quotient Intellectuel, mais elle ne le prépare pas à affronter les épreuves de l'existence ou à en saisir les opportunités; seule l'aptitude émotionnelle en lien avec l'intelligence interpersonnelle et intrapsychique autorise à prendre les meilleures options.

L'intelligence émotionnelle se constitue de 5 composantes :
- la conscience de soi, l'attention permanente à son état intérieur avec un effet sur les sentiments hostiles,
- la maîtrise de soi, de ses émotions avec une meilleure compréhension pour poser des limites afin de ne pas s'en laisser submerger.
- la motivation et la mobilisation des capacités d'engagement,
- l'empathie avec la connaissance des autres tels qu'ils sont dans leur réalité,
- les aptitudes sociales, la faculté à communiquer.

De par ses fondements, le coaching, favorise le développement de l'ensemble des composantes de l'intelligence émotionnelle, vecteur majeur en promotion de bien-être. Elle est à mettre en exergue chez les professionnels de santé face aux exigences multifactorielles de leur travail.
Le coach axe son intervention sur l'émergence des ressources de son client, quel qu'il soit : une personne, une équipe, une organisation pour parvenir à une adaptation à un nouvel environnement personnel ou professionnel. Il contribue à modifier la perception du monde chez le coaché, à l'assainir des parasitages, des fausses croyances et des limites qui l'empêchent de jouir pleinement de ses ressources et de son environnement dans des contextes de tensions importantes.

En matière de stress, sa perception et celle des stresseurs a une incidence sur les réactions et les capacités d'adaptation. Ainsi un même stresseur suscitera des attitudes différentes selon les personnes et également chez un individu selon son vécu du moment. Selon Watzlawick[72], il s'agit de « changer le point de vue perceptuel, conceptuel et/ou émotionnel à travers lequel une situation donnée est perçue pour la déplacer dans un autre cadre qui s'adapte aussi bien et même mieux aux « faits » concrets de la situation et qui va en changer le sens ». Des recherches en neurosciences portant sur l'élasticité du cerveau, concourent à l'analyse des interactions entre pensées, émotions et du vécu sur l'état d'être. Thierry Janssen[73] évoque « Cette formidable plasticité du cerveau est la base des mécanismes du conditionnement, de la mémoire et de l'apprentissage. On comprend donc

[72] Paul Watzlawick , « changements, paradoxes et psychothérapies » Editions du Seuil, 1975 (p116) .
[73] Thierry Janssen, La solution intérieure » Edition Fauyard 2006.

que si une expérience laisse une trace dans notre système nerveux, nous ne sommes donc pas condamnés à retomber dans son sillon. Nos comportements peuvent être rééduqués et notre cerveau remodelé. Certains pièges du passé peuvent être désamorcés. Pour le plus grand bien de notre santé ». Ainsi, rien n'est définitivement ancré, tout est possible et le champ d'action du coaching est large.

Concernant la survenue du risque psycho-social, le coach conduit son questionnement pour rechercher des informations sur :

- la pertinence de l'évènement, qui génère l'émotion en demandant : « Cela vous touche t'il directement ? ou « Cela concerne quelqu'un de votre entourage? »
- les implications, les conséquences et l'importance de l'impact sur le bien-être et/ou au niveau des buts à court, moyen et long terme,
- le potentiel d'adaptabilité, de coping pour savoir à quel point le coaché peut faire face aux conséquences,
- la signification normative pour connaître l'importance de l'évènement par rapport aux convictions personnelles, aux normes, aux valeurs sociales, au vécu, etc…

Il achemine son coaché vers une prise de recul, une vue moins focale pour une conscience plus globale de sa situation. Cette position « méta » est essentielle dans la lecture et le décryptage des difficultés humaines. Elle contribue à dépasser la composante émotionnelle et à apporter un autre regard sur les situations, les évènements et les comportements induits. Cette vision élargie de la réalité permet d'envisager d'autres solutions, d'autres comportements et dans cette expectative, de mobiliser des ressources insoupçonnées pour traiter la problématique. Elle favorise, chez le coaché, l'élaboration de stratégies issues d'expériences par ailleurs réussies que ce soit dans son propre vécu ou dans celui de personnes pouvant servir d'exemple ou référence.
Cette posture méta doit être également adoptée par le coach lui-même. Elle se formalise dans une oscillation incessante entre une position d'acteur de la relation et une autre d'observateur de l'échange tant au niveau du fond que de la forme. Le coach s'appuie sur sa capacité à communiquer sur la façon dont se fait la communication et sur ce qui se passe dans la relation durant le coaching avec un individu ou un groupe.

Le décryptage des « programmes » est très utile en coaching de gestion de stress, il se conduit par une exploration systémique sur plusieurs niveaux. Le coach s'intéresse au contexte lui-même puis aux réactions induites au niveau cognitif, affectif, comportemental: agressivité, fuite, manque de concentration, de performance, ….. Ensuite, il se concentre sur l'évocation des mots clefs qui sont toujours utilisés quand on se plaint (« là, c'est trop », « ça ne va pas le faire », « ça ne peut plus aller», « ça me gonfle », « j'en ai plein le dos »….), véritables marqueurs somatiques qui, à l'usage, vont eux-mêmes générés du stress. Puis, il se focalise sur les ressources mises en œuvre pour faire diminuer le stress. Ainsi la modélisation va permettre au coaché de mieux comprendre son fonctionnement et les capacités dont il dispose face à ces situations.

L'esprit a besoin du corps pour se réguler, en cas de stress, des exercices de relaxation, de méditation vont peu à peu modifier « les câblages cérébraux du fait de la neuro-plasticité. Les pouvoirs de l'esprit sont, en fait, étroitement liés à son entrainement qui mobilise considérablement le corps par la régulation des émotions. Aujourd'hui, il est acquis que pensées et émotions sont indissociables; la régulation émotionnelle c'est à dire la capacité de diminuer le stress et d'amplifier les émotions agréables, améliore notablement la santé.
Les conflits relationnels proviennent, la plupart du temps, de la confusion faite entre la carte et le territoire. La représentation de la réalité correspond à « une carte du monde » et à une vision propre à chacun. Le coach va guider le coaché dans sa représentation subjective de la réalité, il valorise les modélisations de réussites avérées et en inocule d'autres qui s'inscrivent dans la

programmation du coaché en lui faisant prendre conscience de ses ressources, en les mobilisant dans l'atteinte de sous-objectifs ou d'objectifs intermédiaires.
Le coaching se dirige toujours vers une orientation solution car, pour reprendre la théorie de Steve de Shazer[74], « Parler de problèmes crée plus de problèmes. Parler solutions crée les solutions. »
Ainsi, les solutions se trouvent pour les stimulii hors impact dans la pratique de loisirs (sports, musique, relaxations,..) quant aux stimulii en zone impact ils sont à traiter grâce au regard différent, à la considération nouvelle que le coaché portera sur lui-même et la situation.

Le coaching s'opère au niveau du coaché (individu ou groupe d'individu) sur 3 axes : son autonomie, sa responsabilisation avec un choix conscient, et sa mise en action par un travail avec des résultats concrets et mesurables selon des critères factuels et objectifs.
Une panoplie de dispositifs axés sur la compréhension des émotions, la résolution des problèmes et la satisfaction des besoins, existe pour aider à être moins vulnérable au stress. Le coach dispose de grilles d'analyse pour déterminer les «profils» relatifs à l'A.T. ou la P.N.L. ou de multiples outils tels que le score, les scénarii de réussite ou d'échec, le focus, le chemin de vie qui, utilisés à bon escient, sont extrêmement profitables. Cependant, c'est la relation au coaché qui est la clef de voûte de l'ensemble du processus.

Alexandro Jodorowsky, »[75] énonce: « L'image que nous avons de l'autre n'est pas l'autre, mais une représentation. Le monde que nous imposent les sens dépend de notre façon de le voir. Pour nous, d'une certaine manière, l'autre est ce que nous pensons qu'il est. », C'est donc la parfaite compréhension de toutes les composantes de la problématique de son client, qui permet au coach d'exercer sa profession.

[74] Steve de Shazer (1940- 2005), thérapeute américain, s'intéresse à la thérapie brève promulguée par l'école de Palo Alto et est un des pionniers de la thérapie brève centrée sur la solution.
[75] Alexandro Jodorowsky, La danse de la réalité, Albin Michel, 2002

III- LE COACHING DANS SON APPROCHE DES PARTICULARITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le lien au travail, la possibilité d'y prendre du plaisir et d'y trouver une satisfaction sont largement déterminés par l'intérêt que chacun, de façon personnelle, individuelle et singulière, attribue à son activité professionnelle. Cette particularité conforte l'utilisation du coaching à l'échelon professionnel en prévention des R.P.S.

A- Les soignants

Les métiers de la santé présentent des aspects spécifiques, mis en exergue par le caractère interrelationnel, et l'exigence de qualité et de compétences mises en avant pour le maintien de la santé et la vie.

1. L'influence des drivers

Les professions de santé sont réputées difficiles pourtant elles attirent toujours beaucoup d'étudiants. Une telle orientation est déterminée consciemment par le vécu ou l'histoire familiale (existence dans la famille de médecins ou de personnes présentant de graves soucis de santé). Cependant, ces choix s'élaborent selon des critères ou scenarii totalement subjectifs.

Pour Eric Berne, « un scenario est un plan de vie inconscient élaboré dans l'enfance, renforcé par les parents, justifié par les évènements extérieurs et culminant dans un choix privilégié ». Taïbi Kahler, psychologue clinicien, dans les années 1970, a poursuivi les travaux d'A.T. d'Eric Bern en conceptualisant de façon accessible la théorie de mini-scénarii ou drivers.
Les drivers sont en lien direct avec le processus de reconnaissance que tout un chacun désire recevoir sous forme de strokes[76] correspondant à ses besoins. Les drivers sont ancrés de façon totalement inconsciente depuis l'enfance et ont leurs origines dans les messages, injonctions, contre-injonctions, donnés par des parents ou adultes référents. Ils se potentialisent avec le temps et influencent le comportement de l'adulte jusqu'à une remise en questions.

Taïbi Khaler a identifié cinq manifestations de drivers que nous avons tous, certains de façon plus marquée que d'autres.
Le « Sois parfait » est caractéristique de la personne ne se sentant pas bien tant qu'elle ne peut s'estimer parfaite, elle cherche à s'améliorer sans arrêt, et vise l'excellence pour, un jour, être éventuellement acceptée. Elle utilisera des mots savants, de longues phrases, expliquera beaucoup et s'appliquera à exprimer le pour et le contre.
Le « Fais des efforts, essaie » se retrouve chez la personne ayant pour objectif d'essayer sans avoir comme but, la réussite. Elle emploie des phrases avec: « je vais essayer, c'est difficile de, je ne sais pas, je ne peux pas… »
Le « Sois fort » est typique de la personne pour qui l'expression d'émotions ou de sentiments est signe de faiblesse. Elle est dans le déni d'émotions, la somatisation et la fausse position d'adulte. Elle dit : « il faut tenir, il faut savoir encaisser ».
Le « Dépêche-toi » se détecte chez la personne convaincue que si elle ne se dépêche pas, elle n'y arrivera pas. Elle est souvent agitée, compulsive. Elle utilise les termes : « allez, il faut y aller, vite ».

[76] L'usage du terme "stroke" a été généralisé en psychologie par le psychiatre américain, le Dr. Eric Berne dans ses ouvrages traitant de l'analyse transactionnelle. "To stroke" est un verbe anglais traduit en français par "stimuler" alors qu'il possède, en réalité, deux sens opposés, l'un est "donner une caresse" et l'autre est "frapper". On peut le définir comme étant un signe de reconnaissance positif ou négatif échangé entre deux individus. Ce signe est un moyen par lequel une personne reconnaît l'existence de l'autre. Cette reconnaissance peut se faire à travers un geste, un acte, une parole, etc.

Le « Fais plaisir » se découvre chez la personne persuadée qu'elle peut rendre les gens heureux et se sent responsable s'ils sont mal à l'aise. Elle cherche à faire plaisir sans savoir ce que l'autre souhaite et attend implicitement un retour. Elle est serviable, aimable, elle se caractérise par le don aux autres avec une facilité de jugements négatifs et des marques de déception plus ou moins intériorisées. Elle emploie les expressions : « Vous voulez … ? Vous pouvez … ? Ne pensez-vous pas ? N'est-ce pas ? » et pour ne pas à avoir dire non, elle utilise les termes « un peu, presque ».

Les drivers sont liés au processus de reconnaissance identitaire. Ils ont leur source dans l'enfance et sont fort utiles au coach pour déterminer des typologies à l'origine de certains comportements. Pourtant, le coaching n'a pas pour spécificité d'analyser la cause, « le pourquoi » en partant du passé, réservoir d'explications pouvant déterminer le présent et le futur. En fait, il s'appuie sur le passé comme puit de ressources dans le « comment » pour influencer le présent et permettre une projection future.

2. le rôle du coach

Le coaching par une approche globale d'un individu révèle différentes variables tributaires de ses valeurs, limites, croyances et de son vécu. Son aptitude à utiliser les expériences passées, et sa capacité analytique vont initier l'action et ses conséquences potentielles.

En portant attention sur le langage verbal, non verbal et para-verbal de ses clients, ou avec l'appui d'un questionnaire spécifique, le coach détermine les drivers guidant les comportements. Ainsi, les médecins agissent principalement selon le driver : « soit parfait » et ensuite selon le driver « sois fort ». Il est aisé de comprendre que, grâce à leur exigence de perfection et de l'excellence, ils suivent des études très difficiles et longues et que grâce à leur « force de caractère », ils endurent des situations que beaucoup estimeraient intenables. Les infirmiers sont « gouvernés » prioritairement par le driver « fais plaisir » puis par le «sois fort ». Il est facile d'y déchiffrer le don de soi inconditionnel ainsi que la capacité à supporter beaucoup qui s'observent chez eux[77].

L'observation des drivers avec un regard d'adulte permet au coaché de comprendre qu'il construit sa vie en fonction des injonctions parentales reçues pendant l'enfance. La connaissance des drivers est donc importante auprès des professionnels de santé. En effet, elle instruit sur leurs choix et attitudes, et aide à comprendre à quel point le réseau de valeurs, a été induit par les parents (selon la vision qu'ils aimeraient de leur enfant) et comment il influe sur les comportements. L'expression des drivers se fait lors de situations stressantes. Aussi, les principaux drivers des soignants peuvent être « revisités » dès lors qu'ils deviennent trop prégnants avec une recontextualisation temporelle, géographique et quantitative des messages de façon à agir à l'inverse de ceux-ci et à développer subséquemment d'autres comportements et d'autres croyances.

Pour diminuer les impacts négatifs et se servir des impacts positifs des drivers, le coach doit amener le client à s'autoriser à agir de façon inverse que les directives du driver, en posant des questions telles que : « Où est-ce écrit que vous devez faire plaisir? » « Et que se passerait-il de grave si vous n'êtes pas parfait ….?».

Les permissions sont définies par des propos allant à l'encontre des contraintes dictées par les drivers détectés chez les soignants.
Pour le « sois parfait » , la permission est « soit humain, c'est OK d'être humain, tu es humain » ; le coaché se dit : « je suis humain, je ne suis pas parfait, je connais des choses et j'en ignore d'autres. »
Le médecin accepte alors de « lâcher » son rôle de « super héros » qui renforce le déni et l'isolement. Il accepte de ne pas toujours chercher l'excellence dans une profession rendue de plus en plus pointue avec l'apport des découvertes scientifiques. Moins polariser son énergie et son temps à être

[77] Ses données sont confirmées par l'extrapolation des résultats d'une enquête faite auprès d'un échantillonnage de 16 soignants, mais demanderaient à être validées par une étude plus large.

toujours meilleur, lui donne les moyens de prendre du recul, de penser à lui dans son contexte extra-professionnel où cette exigence « sois parfait » est moins prégnante et de trouver ainsi un équilibre de vie.
Pour le « sois fort », la permission est « soit ouvert, c'est OK d'accepter la responsabilité de ses sentiments et de ses pensées ». Le coaché se dit : « Je peux être conscient de mes sentiments, je peux les exprimer et agir en adulte ». Le soignant admet d'être vulnérable, dit son ressenti, et accepte de demander de l'aide si besoin. Il s'ouvre aux autres et peut avoir un réseau social plus riche et plus épanouissant.
Pour le « fais plaisir » : la permission est « fais toi plaisir, c'est OK de satisfaire ses propres besoins ». Le coaché se dit : « Personne ne peut me rendre heureux malgré moi et je ne peux rendre personne heureux malgré lui. J'exprime mes besoins Et l'autre exprime les siens ».
L'infirmier s'affirme en se positionnant dans l'empathie, il prend soin de lui et tient compte de ses limites afin d'être disponible pour ses patients avec un bien-être intérieur et non plus un état de stress.
Les permissions pour les autres drivers sont : pour le « dépêche-toi » : prend ton temps ; je fais ce que j'ai à faire avec efficacité et je n'ai pas besoin pour cela de m'agiter. Et pour le « fais des efforts » : agis, c'est OK de réussir ; j'ai mes contraintes et mes priorités et l'autre les siennes, j'obtiens des résultats.

Le coach conduit le soignant de prendre conscience de l'origine de ses comportements pour qu'il puisse s'extraire de l'emprise des drivers dans leurs impacts négatifs pour n'en garder que le positif. Au-delà de cette pratique sur les messages contraignants, le coaching permet de travailler également sur le système C.V.B.L.P., l'estime de soi et le sens. Le soignant assure alors totalement sa profession en respectant son écologie et ne s'expose pas aux R.P.S..

B- Les cadres de santé

Compte-tenu des changements opérés au niveau structurel, les cadres de santé ont vu leur fonction évoluer en très peu de temps sans avoir été préparés en terme de compétences ou de capacités.

1. Une profession en évolution

Le cadre de santé est souvent un infirmier qui, après quelques années d'exercice, se dirige vers un poste plus administratif certes pour accéder à un échelon supérieur mais aussi pour fuir le stress vicariant lié au contact avec les malades, devenu pour lui insupportable.

La formation, exclusivement réservée à l'ensemble des professions paramédicales[78] et assurée par l'Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S.), a été longtemps basée sur la professionnalité de l'infirmier(e). Depuis quelques années, elle se compose également, d'un enseignement au niveau technico-administratif mais n'offre pas de solides bases en terme de gestion et de management, savoirs désormais indispensables à cette profession.
Le cadre de santé, autrefois appelé surveillant, infirmier(e)s chef, occupe une situation intermédiaire entre différents donneurs d'ordre : direction, médecins et les personnels, tous ayant le plus souvent des intérêts divergents. Son rôle de surveillance des soins disparait pour une fonction complexe de gestion dans un contexte de régulation des coûts, de management par objectifs et de rationalisation dans la prise en charge des malades. Les nouvelles dispositions structurelles et les mutualisations des services, intensifient son travail et lui confèrent la responsabilité de plusieurs équipes en diminuant, ainsi, son efficience dans l'accompagnement de ses collaborateurs et sa maîtrise dans le suivi des patients.

[78] L'appellation « professions paramédicales » regroupe les audioprothésistes, les diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers, manipulateurs en radiologie, masseur-kinésithérapeutes, opticien-lunettiers, orthophonistes, orthoptistes et pédicures.

Au niveau de la gestion des équipes, il doit jongler sans arrêt entre les récupérations, les congés, les arrêts de travail, les jours de formations, etc… pour établir des plannings cohérents afin d'assurer une continuité de service avec des soignants épuisés du fait d'un sous-effectif chronique, à qui il doit également faire accepter des plans décidés à des niveaux supérieurs sans aucune concertation. Ses connaissances médicales n'étant pas réactualisées, il perd peu à peu sa légitimité vis-à-vis de ses collaborateurs car il n'a plus les compétences reconnues comme fondamentales par les soignants.
Par ailleurs, il peut se sentir mal à l'aise par rapport à son passé de soignant et se trouver en difficulté avec des ex-collègues, ce qui lui confère un stress supplémentaire. Pour se protéger, il a alors tendance à se réfugier dans les tâches administratives, à mettre en avant l'application stricte des procédures, et alors, se distancie encore plus de ses équipes en alimentant le cercle de l'isolement.

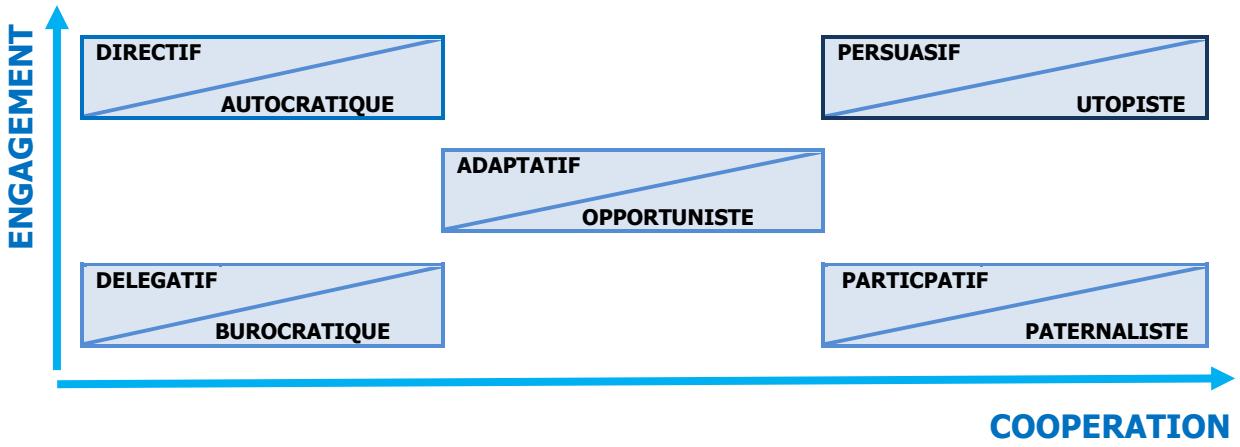
La profession de cadre de santé, intermédiaire dans un système extrêmement contraignant et exigeant, se trouve en perte de repères et d'identité.

2. Le rôle du coach

L'ensemble des problématiques des cadres de santé est abordé en coaching avec un travail sur l'affirmation de soi, sur son leadership et sur une meilleure communication afin de gérer les conflits latents.

Pour trouver des repères et donner sens à sa fonction, un travail sur le C.V.B.L.P. permet au cadre de santé de réactiver ses ressources et compétences et de les utiliser de façon optimale afin d'avoir confiance en soi, de faire preuve de maturité pour posséder cette capacité d'écoute et de lucidité, animer et porter les équipes vers plus d'efficience et d'autonomie.
Le cadre de santé sait alors se positionner par rapport à ses supérieurs hiérarchiques et ses collaborateurs. Avec des drivers « fais plaisir » et « sois fort » moins prégnants, il sait dire non à des demandes pressantes de ses supérieurs et solliciter de l'aide quand il se trouve submergé.
Dans ses interactions avec ses collaborateurs, le coach va lui permettre de ne pas entrer dans des jeux psychologiques délétères, de comprendre les facteurs latents générateurs de tensions pour les désamorcer ou de gérer les conflits quand ils sont avérés.

STYLES DE LEADERSHIP



Enfin, le coach accompagne le cadre dans un processus de transition et d'évolution pour remplir de nouvelles responsabilités. Il lui permet d'ajuster sa fonction par rapport à ses anciens collègues, de s'installer dans son poste et d'optimiser son type managérial selon l'environnement.

Le coaching permet au cadre de santé, d'être fédérateur et d'avoir une autorité naturelle grâce à un leadership adapté au contexte.

C- Les dirigeants

1- Les spécificités de la fonction

Sont dirigeants, les responsables d'établissements (directeurs, cadres de directions, mais également les médecins qui travaillent seuls ou avec une équipe au sein d'une structure et en portent toute la responsabilité tel les gestionnaires de cabinets médicaux ou les chefs de pôles hospitaliers.

Au sein d'une entreprise quelle qu'elle soit, le dirigeant se place en tant que décideur, visionnaire, organisateur, contrôleur et garant des valeurs de l'établissement. Les sources de préoccupations d'un dirigeant d'une structure de santé sont multiples. Les enjeux politiques, structurels et organisationnels avec les aspects humains, techniques et financiers sont prépondérants. La lourdeur des investissements indispensables pour suivre les nouvelles avancées scientifiques et technologiques sollicite une vigilance extrême. Et les diverses normes avec leurs applications impératives, demandent toute leur attention. Le dirigeant en milieu médical a en plus cette particularité de devoir assurer le bien être et le maintien dans de bonnes conditions de vie les personnes prises en charge dans sa structure.

Il est persuadé qu'il doit, pour être reconnu comme « le patron », prendre une posture jupitérienne et d'ailleurs, son entourage attende de lui qu'il tienne ce rôle. Il se retrouve souvent seul car c'est à lui qu'incombe la responsabilité de l'ensemble des personnes et des processus et à qui reviennent des décisions importantes pouvant être lourdes de conséquences. Il est exigeant avec lui-même car il vise l'excellence afin de, toujours, savoir comment faire sous peine de perdre sa légitimité voire même de ressentir le complexe de l'imposteur. Cependant, face à l'incertitude, aux changements imposés, la maîtrise de son environnement peut lui échappe et il peut se trouver en position difficile mais il ne le montre et ne sait pas demander de l'aide ou déléguer.

Il se définit seulement par sa profession, son identité étant construite uniquement en fonction de son travail. Il ne prend pas ou très peu de vacances car son bonheur se situe uniquement dans sa réalisation professionnelle.
Sa vie privée est indigente, il consacre peu de temps à sa famille et ses quelques loisirs sont partagés avec des pairs.

Absorbé dans son pseudo-biotope, il en vient à perdre la réalité de la vie, de l'humain, et même ce vers quoi il a été attiré quand il a choisi de travailler dans le domaine de la santé.

2- Le rôle du coach

Les chefs d'établissements de santé, les médecins vivent leur métier avec passion et le considèrent comme la priorité absolue de leur vie jusqu'au moment où survient un fait prégnant qui va les déstabiliser.

Des évènements peuvent faire surgir la composante émotionnelle qu'ils maîtrisent continuellement et qui, en la circonstance, n'est plus contrôlable. Dans la sphère professionnelle, une intervention standard mal conduite, un dossier rejeté par la C.P.A.M., une nomination comme président de la Commission Médicale d'Etablissement (C.M.E.) ou d'un regroupement professionnel abrogée peut ébranler qui a l'habitude de réussir et de montrer l'exemple. Dans l'espace privé, le départ des enfants qu'ils n'ont pas vu évoluer et grandir, le divorce parce que le conjoint en a assez d'être

délaissé, de vivre avec un fantôme toujours pris par des réunions, des congrès, des gardes, ou tellement préoccupé par un de leurs dossiers ou patients qu'ils ne prêtent pas attention à leur entourage ou encore la perte d'un proche à qui ils n'ont consacré ni de leur temps, ni de leur présence, sont des faits qui les troublent.
A ce moment là, ils se trouvent contraints de reconsidérer certaines composantes de leur vie.
Etre aidés devient pour eux nécessaire, mais leur temps étant précieux, cette assistance devra obligatoirement être de courte durée et efficace, de plus ils ne vont pas clairement évoquer ce qui les amène à faire cette démarche car d'une part ils pensent devoir garder cette image d'infaillibilité et d'autre part, ils n'ont pas pour habitude de demander à être épaulés.

Le coach doit, par son savoir être et son savoir faire, montrer au dirigeant qu'il a un interlocuteur au niveau de l'exigence attendue. Il doit instaurer impérativement un excellent rapport collaboratif et offrir grâce à la devise 3P un espace de parole et d'échange dans lequel le dirigeant peut donner libre expression à ses réflexions, idées et projets. Le coach par l'intelligence et l'intentionnalité de son questionnement va amener le dirigeant à exposer sa zone d'ombre, à révéler des choses qu'il ne dirait à personne, à se situer en dehors de ses fonctions et responsabilités professionnelles.

Pour le décideur en permanence sujet au stress et emporté dans le tourbillon de son travail, le coaching va donner ce temps de recul nécessaire pour une réflexion en profondeur sur sa place de dirigeant au sein de l'entreprise, les qualités qu'il développe dans cette fonction, les attentes de son environnement professionnel, sa légitimité, sa solitude, le regard et l'opinion qu'il se porte, et la vision de sa vie privée et celle de son futur en dehors de l'entreprise.
Ces sujets sensibles l'amènent à reconsidérer non seulement son leadership mais également ses priorités en fonction de son C.V.B.L.P..
L'utilisation du modèle de Hudson[79] en établissant une cartographie actuelle représentant les différents domaines que sont la vie professionnelle, sociale, familiale, sentimentale et personnelle et une autre idéale, permet au dirigeant de restructurer sa vie et d'en établir une projection dans sa globalité et non plus avec pour unique base son entreprise.

Cette réflexion induit, chez le décideur, un changement vers une vie plus en concordance avec ses valeurs profondes. Cette transformation impactera sa façon de diriger et créera une harmonisation entre vie professionnelle et vie privée pour un meilleur équilibre.

[79] Frédéric Hudson, écrivain et penseur, a réfléchi dans le domaine de l'équilibre travail-vie (ou travail-vie) et de la retraite. Il est le fondateur en 1986 de l'Institut Hudson de Santa Barbara (Californie) qui forme des professionnels en coaching individuel et organisationnel.

IV- LE COACHING, UNE THERAPIE CONTRE CERTAINS MAUX

Les professionnels de santé ont choisi d'exercer une profession tout en étant avertis de la pénibilité. Cependant ils ont été attirés par ces métiers d'aide à l'autre convaincus d'exercer le plus beau métier de monde. Cependant avec le temps, ils se sentent démotivés et entretiennent des relations qui ne leur apportent plus aucune satisfaction.

A- La perte de sens

Quel métier extraordinaire que de soigner, maintenir la santé, préserver la vie mais au quotidien, la fatigue aidant, les soignants considèrent leurs rôles qu'au travers des contraintes, et ne portent plus d'intérêt à ce qu'ils font.

1. Les causes

Dans le travail habituel des soignants, alternent moments de satisfactions, d'accomplissements, de plaisirs et de joies et moments d'angoisses, de questionnements, de remises en questions, de tensions et de lassitude.

La perception des évènements, dans un contexte d'épuisement et de stress, devient totalement erronée et l'aspect négatif finit par être privilégié. Le professionnel est alors plus gêné par ses contraintes de travail telles que ses horaires, les procédures,… Au sein même de ses pratiques, il ne tolère plus les gémissements d'un malade qui souffre ou le traitement de plaies infectées lui devient insupportable, et ou encore il n'a pas aucune patience envers des patients en perte d'autonomie, il devient irascible envers ses patients et son entourage……. Il n'a plus de considération pour son travail qui lui paraît sans plus aucun intérêt, il réduit son rôle avec des propos tels que: « une grippe soignée c'est une semaine et non soignée 8 jours », il se sent inutile et impuissant face à la souffrance, et à cette inévitable finitude qu'est la mort, lui qui a appris à soigner et à guérir…….

Les professionnels de santé ont choisi, en toute conscience des aléas, un métier qu'ils aiment. Pourtant, en subissant de plus en plus les contraintes et vicissitudes, ils oublient, progressivement et inéluctablement, l'objet de leur motivation et sombrent dans un travail accompli de façon «mécanique» loin de l'esprit humaniste qui a poussé leur choix professionnel.

2. Apport du coaching

Le coaching aura pour mission de permettre au soignant de remettre du sens dans son travail. Des outils sont particulièrement adaptés pour une approche systémique

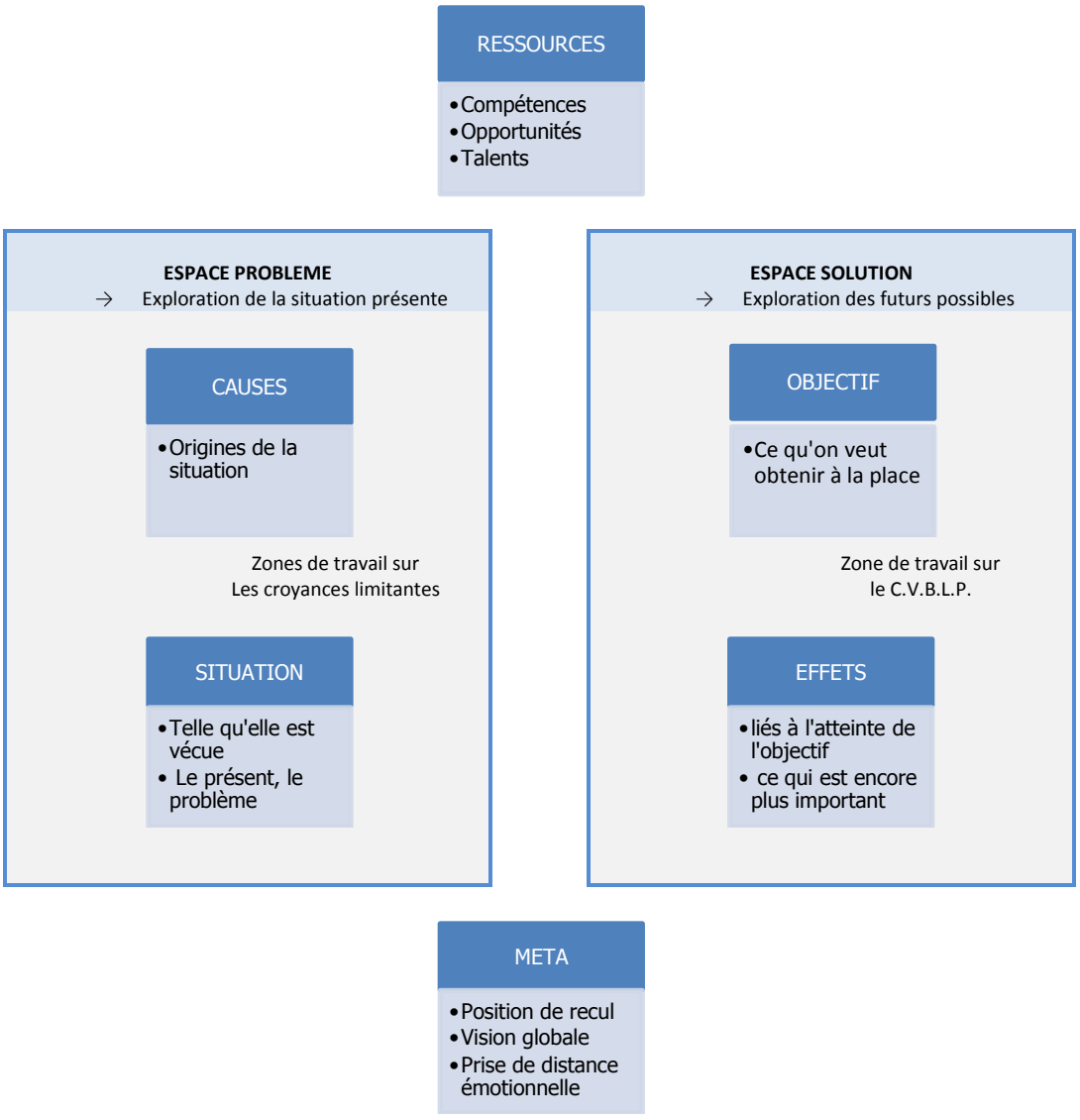
a. Le score :

Cet outil se définit par une stratégie de questionnements qui va aider le soignant à clarifier son attente et à passer d'un espace « problème » à un espace « solution ».

L'échange sous le biais du score consiste à faire une exploration systémique indispensable à la compréhension des modalités de pensées du professionnel de santé et de ses rationalités pour redonner une intentionnalité à son travail. Il va permettre, au professionnel de santé, face à une situation donnée, de trouver toutes les ressources qu'il a en terme de compétences, de capacités et de talents pour y répondre et se fixer des objectifs qui lui permettent de vivre différemment la situation.

Le coach en le faisant se déplacer sur l'ensemble des différents items, lui permet d'une part d'objectiver cette démotivation au niveau contextuel et causal et d'autre part de replacer à leur juste place les différents facteurs pourvoyeurs de stress, de prendre du recul et de redevenir acteur de sa vie en mobilisant des ressources dont il n'avait pas ou plus conscience et enfin de redonner sens à son travail avec les effets motivationnels induits et de bien être au travail.

LE SCORE



Des exemples :
Un infirmier est dépassé parce qu'il a des patients très lourds à gérer, il se sent totalement démuni alors qu'il peut demander à son aide-soignant de l'assister dans certains actes ou encore à son collègue un coup de main si celui-ci a moins de travail.
Un médecin se sent démotivé parce qu'il fait majoritairement de la « bobologie », de la médecine de confort, en fait il peut retrouver une utilité à sa profession dans d'autres contextes, par exemple, en

acceptant d'occuper, une partie de son temps, un poste de praticien à l'hôpital où les pathologies sont plus importantes, ou encore en partant en missions humanitaires, etc.
Un chirurgien extrêmement stressé avant de grosses interventions, va mettre en place une certaine ritualisation dans sa préparation avant de rentrer en salle de bloc opératoire ou encore va profiter du temps de lavage des mains pour s'isoler, se recentrer, se décontracter en respirant profondément,

Ainsi grâce à un ensemble de ressources constituées de ses compétences, de ses capacités, et des opportunités présentes, et avec une prise de recul, les professionnels de santé mettent en place des solutions qui, en respectant totalement leur écologie, redonnent sens à leur activité en privilégiant ce qu'il y a de plus important pour eux.

b. Les domaines de conscience de Bateson

Cet outil crée par l'américain Robert Dilts, trouve son inspiration dans les travaux de Bateson[80]. Il sert à vérifier l'alignement et la congruence du client par rapport à son objectif, à investiguer où se situe la problématique. Il permet de faire vivre au coaché sa construction mentale, de la comprendre et de la questionner.

Il s'agit d'une conscientisation identitaire progressive du coaché entre le paraître (niveau de surface) avec son environnement, ses comportements, ses capacités et l'être (niveau profond) avec ses valeurs, son identité et son appartenance. Le but est d'élaborer la réponse au « Qui est-je ? » socratique et de le mettre en adéquation avec le « Qui veux-tu être ? » de Sartre.

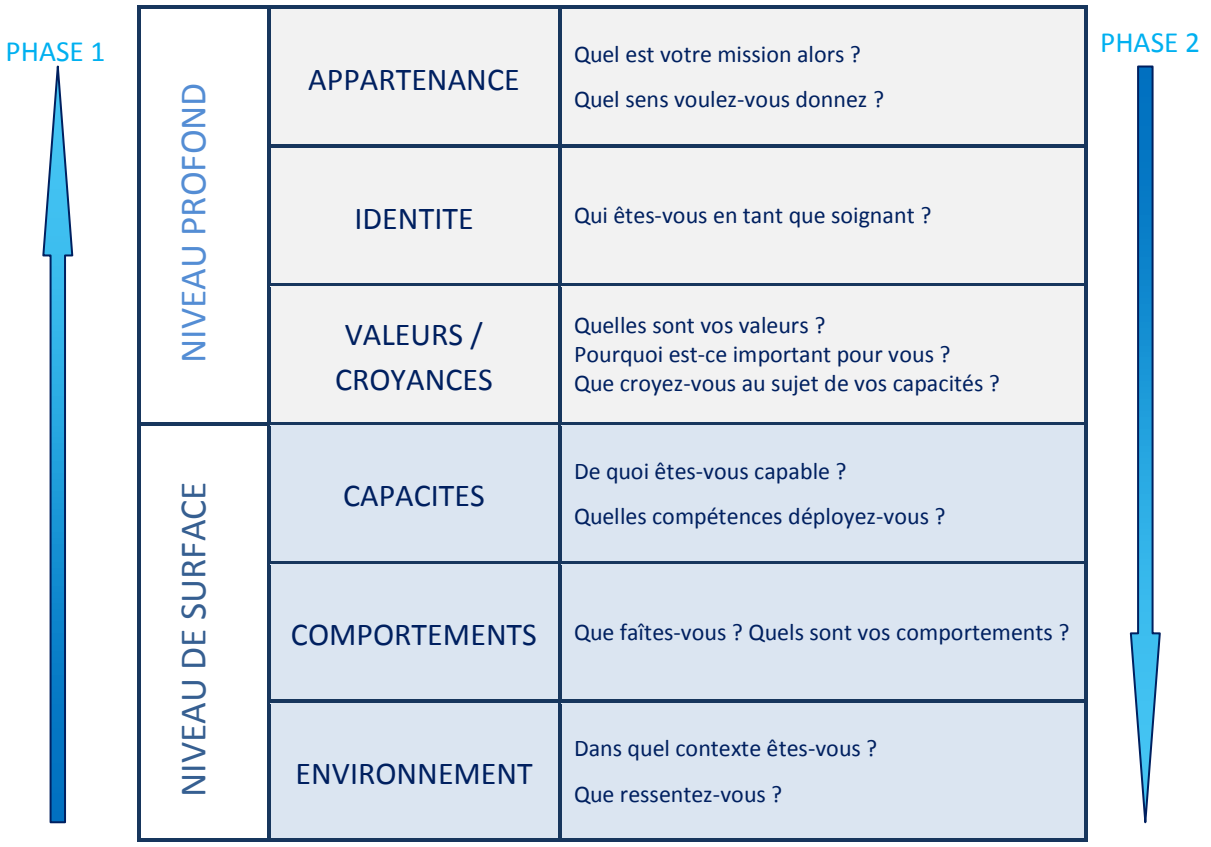
Cette méthode se décompose selon une graduation logique de niveaux successifs totalement interdépendants dans la mesure où le niveau inférieur influence celui du dessus et le supérieur impacte l'ensemble des niveaux en dessous. Les paliers se franchissent seulement en cas d'alignement et de congruence chez le coaché, la détection d'un problème entrave la progression.

Grâce à cet exercice, le professionnel de santé se réajuste à ses valeurs profondes car il permet de faire le lien entre le monde externe à savoir la façon dont il interagit dans son contexte de travail et son intériorité représenté par son identité profonde d'humain et d'humaniste. Le coach questionne le soignant sur son contexte, son environnement (le où, quand ?), ses actes et comportements (le quoi ?), ses compétences et capacités (le comment ?), ses croyances et valeurs (le pourquoi ?), son identité (le qui ?) en ensuite sur le sens même de son engagement dans son métier (et quoi d'autrede plus important encore ?)

Cet outil peut se faire en prolongation du score. Son utilisation commence en partant du postulat que l'objectif est atteint et le questionnement se fait en mode associé, à savoir les verbes sont employés au présent afin de favoriser un véritable ancrage.
Le mode dissocié en utilisant le futur est plutôt réservé au mode d'investigation. Si le coaché n'est pas aligné, des points de blocages apparaissent notamment lors du passage inter-niveaux et un retour à l'étape inférieure pour une clarification est indispensable.

En plaçant sa fonction au-delà du niveau de surface que constituent l'habituel, l'ordinaire, le quotidien, le professionnel de santé se rapproche des croyances qui le portent et gouvernent le sentiment d'avoir une utilité, de remplir une mission et de participer à une œuvre qui le dépasse : le bien être de ses semblables. Il retrouve du sens à son métier et de la motivation, il s'épanouit au sein de son travail et y trouve du bonheur.

[80] Gregory Bateson (1904- 1980, anthropologue, psychologue, épistémologue américain s'est beaucoup intéressé à la communication, mais aussi aux fondements de la connaissance des phénomènes humains. Il a fondé en 1952 l'école de Palo Alto qui fait référence en psychologie et psycho-sociologie ainsi qu'en sciences de l'information et de la communication.



Parfois, la perte de sens est telle qu'il est nécessaire d'accompagner l'individu dans un processus de changement vers d'autres voies. Le soignant peut alors décider avec ses croyances, ses valeurs, de mettre en œuvre des capacités acquises ou à acquérir pour ajuster son attitude aux mutations de son environnement.

L'utilisation des domaines de conscience de Bateson permet au coaché de retrouver son intégrité profonde et de redonner un sens à sa vie .

B- Les jeux relationnels

Un professionnel sous pression aura tendance à adopter des comportements inappropriés en transférant de façon inconsciente cet état aux personnes qu'il côtoie collègues, patients, proches…qu'il va faire souffrir. Prendre conscience des mécanismes en jeu permet de les annihiler.

1. la relation soignant-soigné et le triangle de Karpman

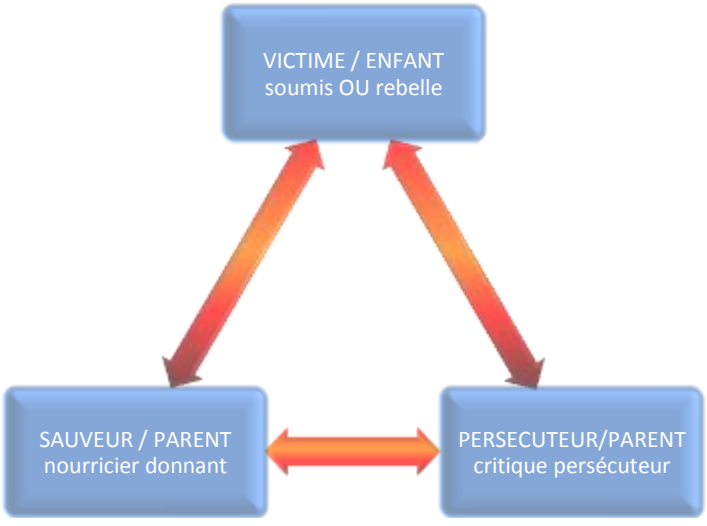
Les professions médicales sont des métiers de relation à l'autre. Les relations interpersonnelles s'inscrivent dans des jeux de rôles psychologiques étudiés par le psychiatre américain Eric Berne, dans l'Analyse Transactionnelle (A.T.). Cette théorie étudie les échanges relationnels selon les « états du Moi » (Parent, Adulte, Enfant) de chacune des personnes selon les phénomènes intrapsychiques appelés « transactions ».

Stephen Karpman[81] a approfondi l'analyse d'Eric Berne a déterminé un concept éponyme basé sur une triangulation de rôles interdépendants et co-existants qu'une personne peut endosser lors d'une même transaction. Dans le triangle de Karpman ou triangle dramatique, un individu joue tour à tour « un personnage » différents : sauveur, victime, persécuteur.

Dans une relation d'aide, il est facile de se laisser aspirer dans ce triangle puisque les rôles de sauveur et de victime sont «partiellement» remplis. Le soignant, imprégné de « fais plaisir », aura tendance à passer d'une attitude empathique à compassionnelle[82] et vouloir sauver. Toutes ses actions ont pour but de se faire aimer, de se faire accepter, de ne pas déplaire et d'éviter le rejet et l'affrontement. Il est prêt à se sacrifier pour les autres. Il a le sentiment de ne jamais en faire assez, de ne rien accomplir. Il ne reconnait de sens à son travail et même à sa vie que lorsqu'il agit en fonction des autres. La souffrance d'autrui provoque un mal aise qui le force à intervenir il est persuader qu'il DOIT aider même quand on le lui a pas demandé » Tôt ou tard, il devient inévitablement victime puisqu'il attend la reconnaissance qui ne vient pas. Et il se plaint, il cherche alors compassion ou pitié et devient victime qui trouvera son sauveur ou son persécuteur.
Le malade, la victime est soumise, elle subit les circonstances, elle souffre et se plaint. Elle attire l'attention du persécuteur ou du sauveur. Elle s'en remet à son sauveur et lui prend beaucoup d'énergie. Elle peut se rebeller face à une infantilisation provoquée par la trop forte assistance du sauveur qui la prive d'autonomie et prendre alors le rôle de persécuteur. Le malade en étant trop aidé trop soutenu, va se sentir encore plus malade, il va solliciter encore plus son sauveur jusqu'à le persécuter avec des demandes difficiles à satisfaire.
Le persécuteur qui impose son jugement culpabilisateur, il décide, corrige, se cache derrière un autoritarisme, il peut devenir victime du malade qui va en réaction, va demander toujours plus d'autant qu'il se positionne en « maître du savoir ».

Les motivations réelles du soignant sont à identifier clairement, au risque d'exercer sa fonction dans un véritable piège constitué par un triangle infernal qui oppose le sauveur, la victime et le bourreau.

TRIANGLE DRAMATIQUE DE KARPMAN



[81] Stephan Karpman, élève d'Eric Berne, a défini ce concept éponyme en 1968.
[82] La compassion (du latin : cum patior, « je souffre avec » et du grec , sym patheia, sympathie) est une vertu par laquelle un individu est porté à percevoir ou ressentir la souffrance d'autrui, et poussé à y remédier.(source Wikipédia)

2. Le triangle dramatique vu sous d'autres angles

André Marro[83] a une approche anthropologique et philosophique des différentes phases qui peuvent se jouer. Selon son analyse, quand les réelles motivations de l'aidant ne sont pas clairement identifiées, sa fonction rentre dans un véritable piège constitué par un triangle infernal qui oppose le héros sauveur, la victime et le bourreau.
Le soignant, dans un premier temps, se situe dans une attitude de sauveur, il peut se dire : « ce sera utile et glorieux » et il pense se garantir ainsi l'amour des autres. Il sera déçu car, en fait, l'aidé va alors s'appuyer sur son sauveur et devenir de plus en plus exigeant ; l'aidant épuisé va penser : « il exagère, je me fais avoir, j'en ai assez de ce comportement ». Ainsi le sauveur va devenir victime et il va endurer cette situation d'autant plus longtemps que la tradition judéo-chrétienne et la culture gréco-latine sont fortement ancrées chez lui. Alors il se fait la réflexion : « Prends patience, ça va s'arranger tout seul, etc. ». Puis le cerveau reptilien de l'aidant devenu victime, va réagir afin de protéger son intégrité physique et psychique. Son identité de nature va alors s'exprimer, et l'espace d'un instant, il endossera le rôle du persécuteur et pensera : « je n'aurais jamais dû en faire autant, il ne le mérite pas » « la prochaine fois, il se débrouillera tout seul ». Ensuite, son identité de culture reprendra le dessus et pris de remords et de culpabilité, il retournera à son rôle de héros en essayant de faire encore mieux. ……..Une des difficultés majeures de toute personne en relation d'aide à la personne dépendante reste la gestion de sa propre angoisse face à la souffrance ou à la fin de vie du patient.»

L'analyse transactionnelle est reprise par le Dr Jean-Christophe Seznec, président de l'association francophone de sciences contextuelles et comportementales, dans son étude sur le burn out des médecins[84]. Il l'évoque ainsi : « le médecin en burn out est coincé dans un schéma triangulaire : victime, bourreau, sauveteur. On est médecin 24h/24. Porté par cet engagement existentiel, le médecin bascule vite au statut de sauveteur qui peut le pousser à l'épuisement. »…… « En tant que sauveur le médecin agit car il se sent absolument obligé d'aider l'autre, il est porté à croire que le patient ne peut guérir sans lui : il se sent indispensable et irremplaçable. Mais lorsque le sauveur finit par s'épuiser, il se décrit comme exploité, vidé, il devient lui-même une victime des demandes de ses patients ou d'une hiérarchie et un bourreau pour sa famille et ses proches. » Cette position de bourreau, le médecin peut également la prendre avec ses collaborateurs ou assistants et en tant que « soit parfait », il aura tendance à exiger d'eux la perfection. Démotivés, beaucoup démissionneront ou demanderont un changement de service, le médecin se plaindra, alors, de ne pouvoir garder un personnel fiable et se positionnera en victime, etc…

Cette triangulation peut également s'observer dans le management. Le persécuteur est, alors, le cadre qui va mettre en application les règlements, être à cheval sur les protocoles, critiquer sans arrêt, la façon dont les soins sont faits…. reprocher les pauses café aux équipes alors que les soins sont faits, etc…. pour exercer le pouvoir sur les autres ; le collaborateur-victime se plaint sans arrêt, voit partout des problèmes tout en se sentant irréprochable, elle attire l'attention d'un sauveteur ou persécuteur pour qu'on s'occupe de lui ; le sauveur est convaincu que les autres ne peuvent rien faire sans lui, qu'il est totalement indispensable, qu'il sait mieux faire que quiconque pour se sentir valoriser et irremplaçable.

Dans ces échanges où chacun joue un rôle, un climat délétère s'auto-entretient et empêche une communication saine, loyale et profitable.

[83] André Marro, « Nouvelles pratiques de la bientraitance avec soi et avec l'autre – Application aux domaines sanitaire et médico-social », Les Etudes Hospitalières - 2012
[84] Analyse faisant l'objet de l'article : «Comment allez-vous docteur ? »- Le quotidien du Médecin du jeudi 30 avril 2015.

3. Le rôle du coach

Ces jeux transactionnels sont tout à fait inconscients, ils entraînent chacun des acteurs dans des rapports potentiellement nuisibles et conflictuels. Le coach va d'une part « extraire » son client de ce triangle et d'autre part lui donner les moyens de ne pas s'y engouffrer.

Le préalable indispensable pour éviter ce genre de relation est d'amener le coaché à découvrir le ou les rôles dans lesquels, de façon inconsciente, il se situe habituellement. Ensuite, en lui faisant prendre du recul, le coach va le porter à réfléchir sur certains points de vigilance afin qu'il constate qu'une autre attitude est possible.
En position de sauveur, le coaché doit passer du registre « s'inquiéter pour l'autre » à « être à la disposition de l'autre s'il en exprime clairement le besoin » en sachant repérer la personne qui se plaint sans arrêt pour éviter la « victime » cachée en elle. Le soignant doit rester dans l'empathie et non dans le sacrifice de lui-même. Les questions seront : « Que vous apporte ce comportement ? En quoi, pouvez-vous aider votre patient de façon efficace et qu'il se prenne en charge ? Quelle attitude a votre malade ? Dans quelle mesure devez-vous répondre à toutes ses sollicitations? Qu'elle est la définition de votre profession auprès des patients ? Que dit votre fiche de poste?
Par rapport à une posture de victime, le coach peut amener son client à savoir demander de l'aide en cas de problème, à clairement exprimer ses besoins, à poser ses limites en l'interrogeant de la sorte : Que vous apporte cette situation? Que pouvez-vous faire pour ne plus subir? Quels sont vos besoins ? Et, selon vous, comment faut-il faire pour qu'une personne puisse y répondre clairement ?
Dans le rôle de persécuteur, (ex- victimes ou ex- sauveurs frustrés ou déçus), le coaché sera porté à ne plus vouloir imposer son avis et simplement le donner, à accepter que les autres puissent avoir une autre opinion ou une attitude différente de celle qu'il voudrait. Le coach le fait réfléchir sur différents points en l'interrogeant ainsi : Et ça vous rapporte quoi ? A quoi vous sert ce jugement ? Et si vous étiez à la place de l'autre ? Quelle autre attitude pouvez-vous prendre ?

Ce travail de coaching invitera également le coaché à adopter des stratégies pour parvenir à de meilleures relations. La prise de recul nécessaire à l'analyse de sa position et au repérage d'une interaction négative, évite de rentrer dans le triangle dramatique. La mise en place d'un «effet miroir », en jouant le même rôle que son interlocuteur, conduit à ne pas occuper un rôle complémentaire du triangle. L'identification sous forme humoristique du rôle tenu par l'autre place l'échange dans sa forme de jeu et un adulte ne peut en être dupe. Rester bienveillant, factuel, informatif, interrogatif pour clarifier sa situation et l'attente de l'autre permet une relation saine.
Le coach induit chez son coaché une communication plus assertive pour interagir de façon constructive avec ses interlocuteurs, il n'est plus ni soumis, ni dominant, n'utilise plus la manipulation, et exprime son opinion de façon affirmée tout en respectant celle des autres.

Une meilleure estime et affirmation de soi, dans le plus grand respect d'autrui, évitent aux professionnels de santé de rentrer dans ce triangle infernal générateur de stress, leurs soins sont de meilleure qualité et leur humanité s'exprime naturellement.

V- LE COACHING DE GESTION DES R.P.S. AU NIVEAU COLLECTIF

Il est très difficile de prévenir efficacement les R.P.S. car les atteintes liées à ces risques sont insidieuses et ne sont donc détectables que très, voire trop, tardivement. D'autre part, il s'avère extrêmement délicat de déterminer la part des troubles psychologiques due à la charge émotionnelle et organisationnelle liée au travail, et celle concernant la vie privée. Grâce à son approche systémique, le coaching agit en faveur de l'optimisation individuelle et collective du potentiel humain qui constitue la principale ressource de toute entreprise. Par la nature même de son approche, il constitue un excellent moyen de lutte contre l'émergence des R.P.S. et génère également le socle fondateur d'une meilleure qualité de vie au travail avec un bénéfice certain pour les entreprises et de façon plus large pour la société dans son ensemble.

A- Modalités d'intervention du coaching

En coaching, juguler les sources de l'émergence des R.P.S. au sein d'un établissement passe par un traitement multifactoriel au sein des équipes et de l'organisation, quel qu'en soit le degré de prégnance. Les pratiques du monde de l'entreprise sont transposables, avec quelques aménagements, pour les structures de santé.

Le recours au coaching en matière de gestion des R.P.S. intervient sur plusieurs niveaux :

Niveau I : il s'agit du niveau de prévention basé sur un diagnostic de stress à partir de questionnaires comportant des indicateurs : le M.B.I. ou encore les questionnaires établis par l'A.N.A.C.T., l'I.N.R.S. et un diagnostic organisationnel avec une approche sur le mode de management, les fiches de postes… et la mise en place d'une formation sur le stress.

Niveau II : le stress est géré, il est présent mais sans effet dommageable. L'approche sera la même qu'au niveau I mais avec des audits individuels et des entretiens situationnels. Il s'agit d'évaluer les situations stressantes et leurs conséquences. Le travail consistera à faire travailler les équipes sur leurs ressources au cours d'échanges sur la réalité objective des problèmes.

Niveau III : Le stress est avéré et a des effets mesurables : absentéisme, retards, turn over, … A ce stade, le coaching, en plus des interventions des niveaux précédents, réalise un ajustement de certains comportements pour minimiser les risques afin d'augmenter la perception de l'équipe. Des entretiens spécifiques sont parfois menés avec un psychologue du travail.

Niveau IV : Les effets néfastes du stress sont installés. Les collaborateurs ont subi les conséquences extrêmement négatives du stress. L'accompagnement est individuel auprès des personnes impactées avec pour l'ensemble des collègues un recours au coaching collectif.

Majoritairement, un intervenant externe est sollicité seulement à partir du stade III ou IV, le stade II correspondant à l'état basal chez les professionnels de santé …. Le coaching consiste alors dans un premier temps à amener la structure au niveau I et ensuite à l'y maintenir.

L'approche systémique du coach en entreprise avec la connaissance de l'organisation, de ses modalités de fonctionnement, des interactions entre les individus, des états incorporels[85] permet d'en comprendre les enjeux, les problématiques, les champs de force. Grâce à cet abord particulier, le traitement des R.P.S. par le biais du coaching se fait judicieusement dans toutes ses composantes

[85]Les états incorporels sont le climat, le moral, l'interactivité, la cohésion, la culture d'équipe, l'engagement, les pouvoirs et le rythme. Ils ne sont pas quantifiables mais produisent des champs de force tels que l'ambiance, les limites, la sécurité, la profondeur de l'engagement qui ont une influence sur toute l'organisation.

et s'inscrit dans un échange constructif basé sur une volonté commune et une véritable collaboration entre les différents acteurs d'un établissement : le dirigeant, mais également la direction des ressources humaines, les délégués du personnel, les membres du C.H.S.C.T., les comités de pilotage, le médecin du travail, etc….

En coaching, les dimensions collectives des problèmes liés au stress vont être évaluées dans leur globalité selon différents items : un diagnostic autour du stress, l'analyse du fonctionnement de l'entreprise, le relevé des indicateurs de stress tel que : absentéisme, turn over, arrêts maladie, ainsi que des entretiens individuels avec réponse à un questionnaire et collectifs.
Le coach utilise de façon totalement complémentaire les positions basse et haute. En effet, la position basse est privilégiée auprès des individus avec l'utilisation des méthodes inhérentes au rapport collaboratif, à la devise 3P et à l'écoute active tandis que la position haute est prise pour définir le cadre de son action, décrire les situations pathogènes génératrices de stress, suggérer des voies d'amélioration de type changement de politique managériale, ou encore de réorganisation structurelle.

L'intervention dans une structure de santé se fait auprès d'équipes de soins et des cadres dirigeants.
Une équipe soignante est un groupe de personnes ayant des qualifications différentes, collaborant dans la réalisation de soins au bénéfice de patients. Elle se compose de médecins, d'infirmiers, et d'aides-soignants qui travaillent chacun selon une fonction, un statut, un rôle déterminé. Les modalités de fonctionnement d'une équipe sont étroitement corrélées à l'impératif de qualité et de continuité de soins avec une activité 24h/24 et 7j/7.
S'agissant des cadres dirigeants, les mêmes principes s'appliquent quelque soit le type d'établissement privé ou public. En effet, l'organisation en pôles[86] dans le secteur hospitalier visant à obtenir des unités de taille critique[87] suffisante, se rapproche du modèle organisationnel des structures privées avec une mise en commun de compétences, de moyens, de ressources. La nécessité impérative d'une meilleure efficience induit progressivement des consensus et une meilleure coopération entre les entités administratives, médicales et paramédicales dont les intérêts pourtant divergent souvent.

L'I.N.R.S. dans sa brochure « Et s'il y avait du stress dans votre entreprise» définit le stress ainsi « On parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire et les ressources dont elle dispose pour y réponde » et précise que « les raisons de ce déséquilibre peuvent être liées :

- au contenu du travail à effectuer : surcharge ou sous charge de travail, exigences qualitatives excessives, monotonie, répétition,
- à l'organisation de travail : répartition et planification des tâches imposées ou inadaptées, imprécision des missions, exigences contradictoires, mauvaise communication, interruption fréquente ans le déroulement du travail, statut précaire, sous-traitance…
- aux relations de travail : manque de soutien, reconnaissance insuffisante, isolement, management peu participatif,…
- à l'environnement physique : bruit, chaleur, manque d'espace,
- à l'évolution sociologique : utilisation croissante des techniques de communication à distance, individualisation de l'activité, exigence ou agressivité de l'entreprise…
- à la situation macro-économique : concurrence, compétitivité, mauvaise santé de l'entreprise »….

[86] L'organisation en pôle fait suite à des réformes structurelles engagées selon l'ordonnance du 2 mai 2005. Un pôle fonctionne en unité fonctionnelle de gestion autonome, sa direction est assurée par un médecin coordonnateur, et par deux cadres supérieurs, l'un de santé et l'autre administratif.

[87] Taille critique : taille que cherche à atteindre une entreprise et qui constitue un palier au-delà duquel elle pense pouvoir améliorer sa compétitivité. Arrivée à cette taille critique (ou masse critique), sa part de marché générée par son important volume d'activité doit lui permettre de réduire ses coûts (obtention de meilleures conditions tarifaires auprès de ses fournisseurs) et d'améliorer ses marges par rapport à ses concurrents.

Quelle est la réalité dans les établissements de santé ? Le coach conduit sa démarche selon le « concept de la page blanche», sans à priori ou idée préconçue.

B- Un cas concret de traitement de risques psycho-sociaux

Le coaching est un accompagnement, singulier et particulier, des individus vers l'amélioration du fonctionnement d'une structure, aussi le cas exposé ne saurait servir ni de référence ni d'exemple mais seulement d'un simple partage d'expérience.

1. Présentation de la structure

Il s'agit d'un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (E.H.P.A.D.) privé et indépendant qui accueille 53 personnes très fortement dépendantes et d'un âge moyen de 87 ans. Ce type de structure est, dans le milieu médical, parmi les plus impactées par les risques psycho sociaux car à l'inéluctabilité de la mort qui génère des sentiments d'impuissance, d'échec et de culpabilité s'ajoutent une confrontation permanente à la dégradation physique et mentale. Le personnel est constitué, tous services confondus, de 49 personnes en Equivalent Temps Plein (E.T.P.) et au niveau des soins : 18 E.T.P. (infirmières, aides-soignantes et aides médico-psychologiques), d'une cadre de soin nommée également infirmière coordonatrice ou I.D.E.C.[88], d'une responsable d'hébergement, d'une psychologue à 0.8 E.T.P. et d'un médecin coordonateur à 0.5 E.T.P…La directrice détient une solide information sur les R.P.S. par le biais de différentes publications professionnelles car le caractère médico-social de son établissement lui confère un haut niveau de risques.

Pour cette structure, il s'avère très difficile de mettre en application stricto sensu les consignes institutionnelles[89] dans le traitement des R.P.S. car elles sont fastidieuses et extrêmement chronophages. De plus, les délégués du personnel s'impliquent peu dans leur mission et ne manifestent pas d'attention particulière à ce sujet.
Cependant, conformément à la loi, le D.U. a été élaboré, en s'appuyant sur l'avis du médecin du travail. Comme l'ensemble des autres risques, les R.P.S. y sont mentionnés, selon une grille préétablie, avec seulement trois notions évoquées : la première est la difficulté du travail en termes de densité, de pénibilité psychologiques et physiques, et des rythmes et horaires, la seconde est représentée par les situations de conflit ou d'agressivité verbale, la troisième évoque contexte d'urgence.
Ces risques sont considérés comme existants et maîtrisés avec en actions correctives envisagées : la mise en place future de groupes de parole pilotés par la psychologue, la prévision de formations en gestion du stress données par la psychologue et pour les cas d'urgence, une astreinte téléphonique avec la directrice, le gérant lui même médecin psychiatre et le médecin coordonateur.

En fait, aucune analyse fine et spécifique n'a été effectuée pour traiter de façon ciblée les R.P.S. et une importance majeure est donnée à la psychologue de l'établissement dont la mission est à 30% dédiée au personnel.
La question peut se poser quant aux méthodes utilisées pour pallier leur émergence. En effet, beaucoup de psychologues, à la fois par ignorance d'un milieu complexe avec de fortes contraintes normatives et protocolaires, ou par peur de mécontenter leur direction en s'impliquant trop dans la politique managériale, appliquent, auprès de la personne stressée, des recettes standard d'inspiration cognitivo-comportementale ou psychanalytique en cherchant dans le passé l'origine du mal-être.

[88] I.D.E.C. pour Infirmière Diplômée d'Etat et Coordonatrice
[89] Consignes élaborées par l'I.N.R.S. , la C.A.R.S.A.T. , la D.I.R.R.E.C.T.E., etc….

Ces méthodes renvoient la seule responsabilité du risque à l'individu qui se persuade alors être à la source du problème, s'enferme dans l'étiquetage de son mal-être, s'exclut de son environnement socioprofessionnel en se sentant non plus victime mais coupable de la survenue du risque psychosocial.

2. Etat des lieux

Avant toute démarche, un entretien se tient avec la directrice afin de déterminer de façon clarifiée quelle est son attente pour la gestion de R.P.S. au sein de son établissement et également le degré de latitude accordé pour la mise en place d'actions correctives.

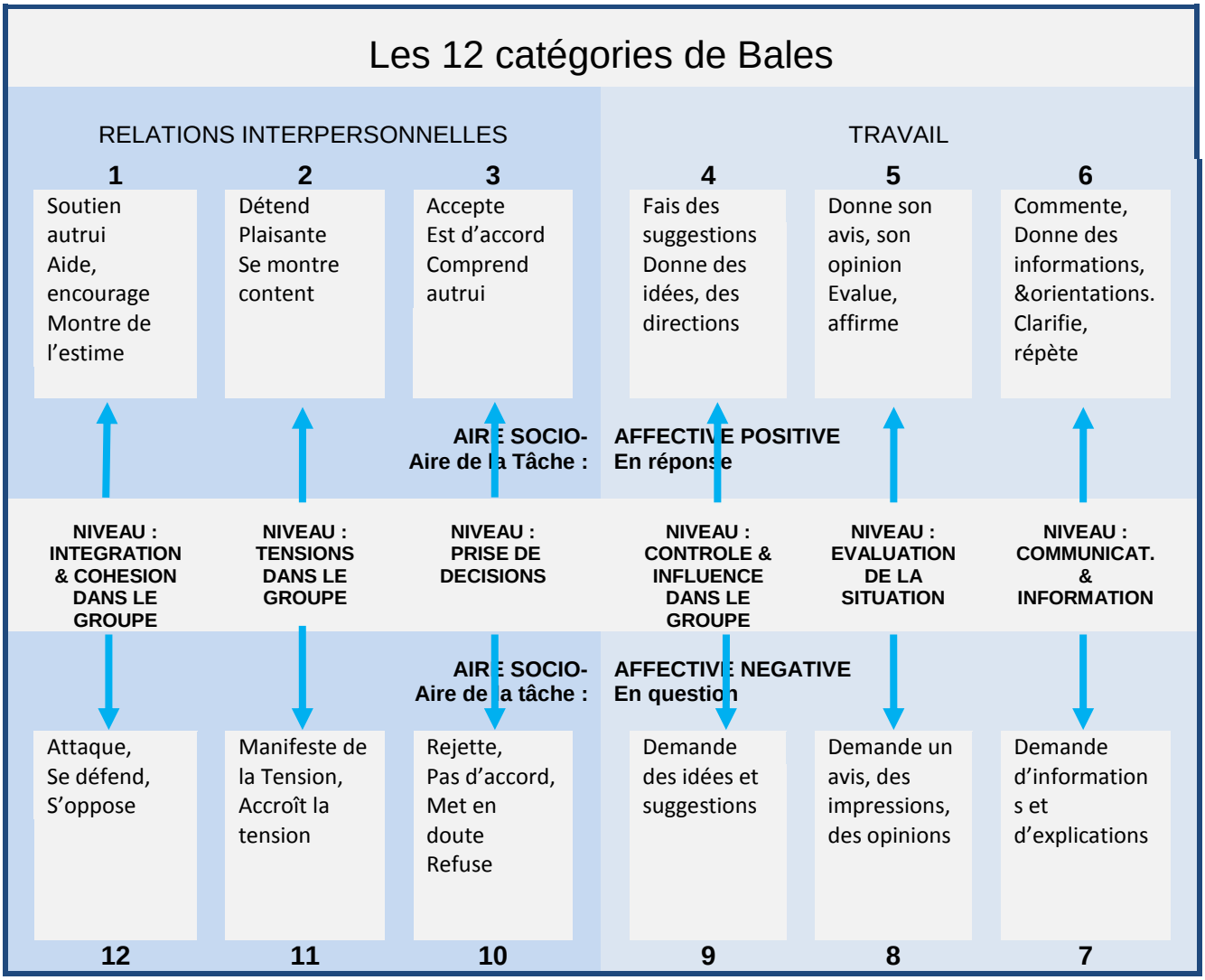
Un ensemble de signes majeurs tel qu'un climat de tensions délétères entre les membres du personnel, des dysfonctionnements importants, une nette augmentation du turn-over avec une difficulté de garder les nouveaux, un taux de retard et d'absentéisme élevé, constitue une alerte d'autant plus importante que le fonctionnement de l'établissement est fortement altéré car sa base est essentiellement construit sur le capital humain comme dans toutes les structures de santé. La direction suspecte certaines causes qu'elle n'arrive cependant pas à maîtriser.

Pendant une réunion organisée avec la dirigeante, son adjointe et la psychologue, certaines présomptions sont formulées. Tous s'accordent à dire que le travail des soignants est rendu difficile par un manque chronique de temps. En effet, les personnes devenant de plus en plus dépendantes, leur prise en charge augmente d'autant plus la charge de travail d'un personnel déjà fort occupé. Ensuite, les pratiques managériales de l'IDEC, qui est proche de la retraite, sont fortement remises en causes avec une absence de confiance et d'estime des soignants. Ces derniers sollicitent plus volontiers les membres de l'équipe dirigeante qui, de ce fait, se trouvent ralentis dans l'exécution de leurs fonctions et manquent de temps.

Toutes les semaines, des réunions ont lieu avec les équipes composées de l'ensemble des soignants. L'observation lors de ces staffs hebdomadaires, permet de mesurer l'ambiance et également de constater le management adopté par la cadre de santé. Elle prend sa liste avec les différents items répertoriés pour l'ordre du jour, et elle expose les différents points de vigilance au niveau des soins. Elle pratique un management très directif et pour gérer un problème, formule des reproches et prend un ton péremptoire pour exprimer ses solutions. Elle n'admet pas de discussion. Se manifestent chez certains une tension par des sautillements de jambes, des soupirs, et chez d'autres un total désintérêt avec une attitude de retrait, et des regards qui se portent ailleurs. Une certaine forme de défiance se fait sentir entre les membres d'une même équipe. La seule participation des collaborateurs se fait dans la demande de précisions quant aux protocoles de soins afin de bien faire selon ses directives car elle bénéficie malgré tout d'une certaine reconnaissance en la matière.

L'utilisation de la grille des 12 comportements de Bales[90] permet une analyse qualitative et quantitative des relations interindividuelles et de la dynamique des équipes lors de réunions.
Dans le cadre des staffs, la majorité du relevé se situe dans l'aire socio-affective négative tant au niveau du travail en terme de communication, d'évaluation de la situation et du contrôle et d'influence dans le groupe qu'au niveau des relations strictement interpersonnelles en matière de tensions, et de cohésion dans le groupe.
Ainsi, la grille se remplit par une majorité de notes en « 7, 8, 9, 11 et 12 » et seulement quelques une au niveau du « 3 ».

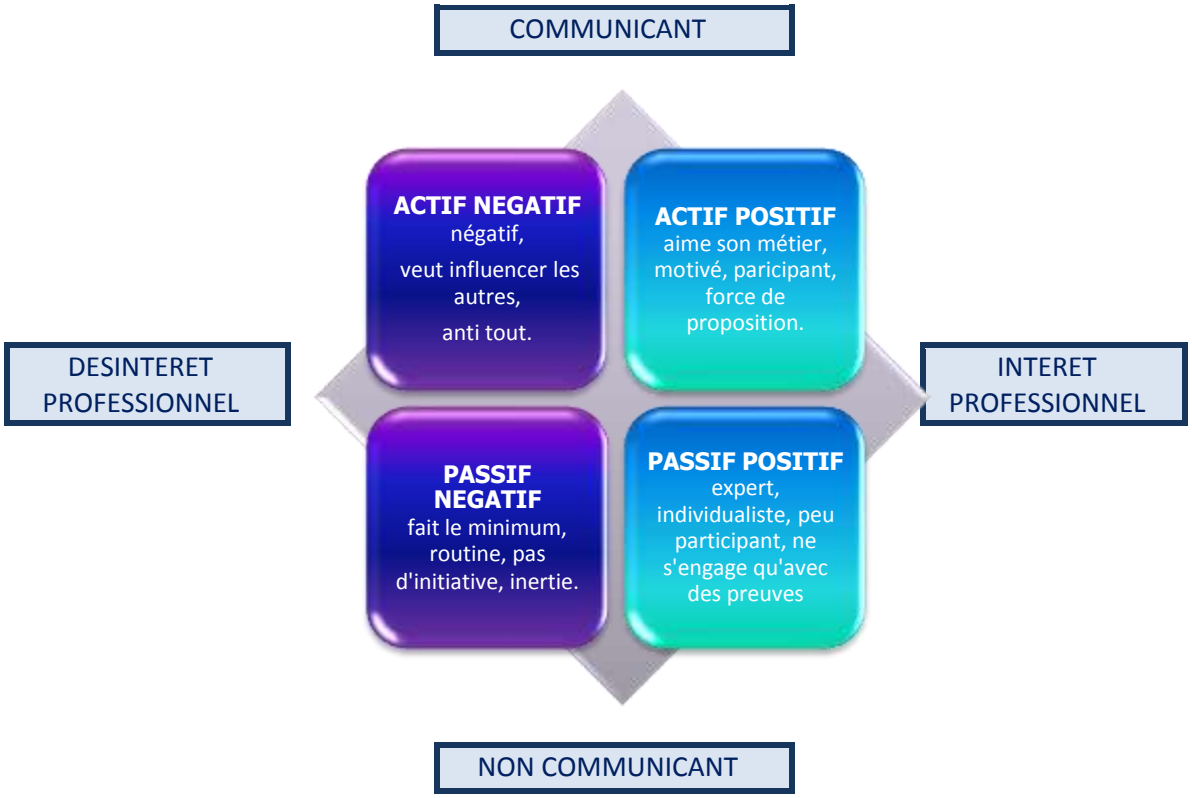
[90] La grille de Bales a été conçue par Robert F. Bales (1916-2004), psychosociologue américain qui pendant 10 ans a étudié l'interaction fonctionnelle au sein des groupes restreints de discussion.



Au-delà des suppositions aussi fondées soient-elles, il est, néanmoins, nécessaire d'identifier précisément et de quantifier, l'ensemble des éléments constitutifs du « malaise » ressenti et de réaliser un diagnostic approfondi sur les R.P.S. par le biais d'un audit auprès des personnels soignants et des cadres. Une enquête est mise en place avec un questionnaire où sont évoquées les six dimensions vectrices de facteurs psychosociaux énoncées dans le rapport Gollac à savoir : l'exigence professionnelle, la charge émotionnelle, le manque d'autonomie, la mauvaise qualité des rapports sociaux, la souffrance éthique et le sentiment d'insécurité lié à des conditions de travail non soutenables. Les réponses sont recueillies lors d'entretiens individuels menés selon le rapport collaboratif, la devise 3P et une écoute active afin de favoriser l'expression libre et sincère de chacun.

Un traitement analytique de l'ensemble des informations récoltées construit une cartographie d'éléments avérés pouvant soit confirmer, soit infirmer l'évaluation subjective de la prévalence des R.P.S.
La restitution des résultats se fait auprès de la directrice et ensuite sous forme d'une « Réunion-débat sur le bien-être au travail » avec l'ensemble des soignants sur deux séances (équipe et contre-équipe). Cette réunion a permis, par l'effet de groupe, de mettre en exergue certains facteurs.
Etablir une grille de comportement permet une « prise de pouls » des équipes à cette étape du processus.

GRILLE DES COMPORTEMENTS



Lors de cette première réunion, la répartition de l'attitude des participants se fait en majorité vers les positions « passif négatif » et « actif négatif » avec toutefois quelques « passif positif » qui attendent de voir les solutions qui seront proposées.

Les raisons de stress évoquées se retrouvent dans la pénibilité du travail avec une incidence pour plus de 47% sur la santé physique et psychologique alors qu'une psychologue est présente sur le site. Ce pourcentage signe le terrain pathogène du travail en E.H.P.A.D. mais il est sans doute à relativiser quant à son exactitude. En effet, il existe une certaine retenue de la part des soignants à parler de leurs émotions face à la déchéance ou à la mort car une grosse majorité considère cette composante comme partie intégrante du métier. Cet aspect pose question. Evoquer cela, pour les soignants, ne peut-il pas être perçu comme l'aveu d'un manque de la compassion et de dévotion attendues implicitement de ces professionnels? Ou encore ne serait-ce pas également, la traduction d'un certain déni d'une situation qui impacte profondément tout individu en le plaçant face à sa propre fin de vie? Un coaching individuel éclaircirait cet aspect.
Les raisons d'insatisfaction des soignants sont par ordre d'importance : en premier lieu la rémunération, en second, à parts égales la communication et les conditions de travail, puis le manque de soutien et de considération de la part de la hiérarchie (en E.H.P.A.D., le besoin de reconnaissance du travail des soignants par leurs pairs d'autant plus marqué qu'elle ne peut pas être manifestée verbalement par des résidents souvent atteints de démence), l'absence d'entre-aide et seulement en sixième position le stress lié à la fonction elle-même. S'ajoutent une ambiance de travail très détériorée avec des phénomènes de catégorisation (anciens / nouveaux et entre les équipes) et une insuffisance de communication aussi bien institutionnelle qu'interpersonnelle avec

des anomalies dans la diffusion des instructions et des informations. Dans un tel contexte, l'esprit d'équipe et la culture d'entreprise font cruellement défaut.

Certaines présomptions se sont donc vues confirmées notamment celles portant sur les déficiences managériales et sur les conditions de travail difficiles avec une rémunération très basse compte-tenues des qualités et compétences requises. Mais des notions telles que des insuffisances dans les procédures et protocoles, un défaut de manque d'esprit d'équipe et un manque de communication n'avaient pas été pressenties dans toute leur ampleur.

3. Plan d'actions

Les diagnostics sans suite génèrent de faux espoirs et sont à terme plus dommageables que le statu quo. Grâce à l'adhésion totale de la direction, une co-construction d'un schéma dicisionnel vers des voies de progrès s'élabore rapidement.

Lors d'un « Cercle de réflexions et d'échanges sur le bien-être au travail », l'ensemble des sujets soulevés lors de la première réunion sont repris un à un avec les rectificatifs et les points d'amélioration proposés par la direction, le seul facteur ne pouvant être retenu est la rémunération, les salaires étant calculés selon la grille établie dans la convention collective. L'esprit de cette réunion est d'ouvrir le dialogue de façon constructive. Le coach est le garant de cet échange de part son extériorité politique, il ne juge pas, ne conseille pas, il permet l'expression de tous dans le respect par sa stratégie de questionnement et une écoute active. Et effectivement, le « pouls » de l'équipe s'est modifié , il est marqué selon la grille de comportement par l'apparition de « actif positif », avec plus de « passif-positif » et beaucoup moins de « passif-négatif » et la persistance de quelques « actif-négatif ». Certains soignants se font force de proposition et amorcent ainsi l'élaboration d'un team building. Quand bien même, le traitement multifactoriel des différentes causes demande un surcroît de travail, il est suggéré qu'une majorité d'actions se fasse simultanément afin de créer une véritable synergie et de montrer la détermination de la direction à faire évoluer les choses.

En l'espace d'un mois, l'organisation est revue grâce à une réflexion collégiale de l'ensemble des personnes concernées par les modifications envisagées. Pour une uniformisation des pratiques professionnelles, un guide reprenant les fonctions à assurer sur une journée type a été crée. Les protocoles dans leur totalité, sont revus et supprimés si obsolètes, modifiés si incomplets et crées si nécessaires. La mise en place de grilles d'évaluation objective des différents soins prodigués à chaque résident selon des critères déterminés en commun a permis une répartition équitable du travail.

S'agissant des ressources humaines, elles constituent la base du fonctionnement des E.H.P.A.D. d'où leur importance et la vigilance particulière à combattre les points majeurs de dysfonctionnement détectés. L'intégration des nouveaux collaborateurs fait l'objet d'un accompagnement et un tutorat. Quant aux carences managériales de l'I.D.E.C. présentes malgré différentes formations suivies à ce sujet, la réflexion s'est faite sur l'impératif de ne pas adopter une approche frontale risquant, en la circonstance, de fragiliser l'ébauche d'un esprit collaboratif et de surajouter des tensions. L'occasion de la révision des fiches de poste pour l'ensemble des fonctions , a permis de redéfinir les fonctions, les responsabilités et également le rôle de chaque cadre auprès des soignants. Un coaching individuel n'étant pas envisageable, une approche est proposée pour faire évoluer les paradigmes établis ; elle consiste à modifier quelque peu le rôle de l'I.D.E.C. en valorisant ses compétences en matière de soins par le biais de la mise en place de formation auprès de ses collaborateurs. Ces modules d'enseignement avec des outils ludiques ont induit un réel changement de perception des uns et des autres et permis d'introduire esprit d'équipe.

Concernant la communication, en matière institutionnelle, tous les documents internes ont été revisités notamment les cahiers de transmission, de liaison. De plus, un bulletin mensuel a été créé d'une part pour diffuser, auprès de tous, la même information en supprimant l'existence de toute

distorsion et d'autre part pour favoriser un sentiment d'appartenance des salariés avec une rubrique consacrée à leur expression.
Dans le cadre professionnel, la communication interpersonnelle influence la progression des projets vers le succès et la réussite. Elle regroupe les interférences entre les êtres humains en permettant l'échange d'informations, d'idées, d'émotions et la création ou le maintien d'une relation. Elle est primordiale dans la maîtrise des risques psychosociaux et fait appel à des capacités telles que : l'intelligence relationnelle, l'écoute active, la bienveillance et une grande capacité de dialogue et elle prend également tout son sens dans un travail de relation à l'autre.
Un atelier « Communication sous toutes ses formes » a été conduit dans l'objectif d'optimiser la relation résident/soignant et surtout pour améliorer la communication interpersonnelle. Cet atelier ludique présente les différents modes de communication verbale, para-verbale et non verbale et reprend de façon sommaire, les 5 axiomes de la communication de Paul Watzlawick , à savoir on ne peut pas ne pas communiquer, toute communication présente deux aspects : le contenu et la relation , la nature d'une relation dépend de la ponctuation des séquences de communication, la communication utilise simultanément deux modes de communication : digital et analogique et la communication est soit symétrique, soit complémentaire.

Il s'est prolongé avec des jeux de rôles mettant en scène, dans des situations habituelles, les soignants en leur faisant adopter un rôle à contre-emploi. Ainsi, en adoptant le concept des Chapeaux de Bono[91] et en donnant par exemple un chapeau noir à un habituel optimiste et lui faire jouer une scène avec chapeau jaune habituel, permet de confronter les ressentis des uns et des autres et de remettre en question certains comportements non appropriés.

Les chapeaux de Bono

Chacun de ces chapeaux représente un mode de pensée particulier devant un problème ou une question. De Bono propose de mettre chacun de ces chapeaux imaginaires un à la fois, et de réfléchir à une problématique en endossant la façon de penser qui correspond au chapeau porté. Cette technique permet de repérer quel est le « chapeau » habituel porté et de réfléchir autrement.

[91] Cette méthode a été crée par un psychologue, spécialiste en sciences cognitives, Edward de Bono, né en 1933. Elle permet de traiter les problèmes en évitant la censure des idées nouvelles, dérangeantes, inhabituelles. Ce système crée un climat de discussion cordial et créatif et facilite la contribution de chacun et centralise l'énergie créatrice de l'équipe, rarement sollicitée.

Cette « théâtralisation » du quotidien a également donné lieu à de nombreux éclats de rires engendrant ainsi l'évacuation des tensions et la survenue d'une certaine détente et donc de bien-être. Le rire initie de façon spontanée une communication non verbale et fait émerger un fort sentiment de complicité grâce au partage de cette expression naturelle de bonheur. Il entraine toujours une réaction positive de sympathie de la part de l'entourage et rend la relation à l'autre plus épanouissante. Le rire est social et est un excellent moyen pour fédérer des collaborateurs.
Dans ces ateliers, chacun a pu exprimer son expérience personnelle et s'enrichir de celle des autres. Cette notion de partage est indispensable à la construction d'un esprit d'équipe.

4. Le bilan

L'approche multifactorielle des R.P.S. a entrainé au niveau de cet E.H.P.A.D. des changements structurels et managériaux et une amélioration de communication et de la coopération entre tous des collaborateurs dont les effets dépassent largement ceux escomptés.

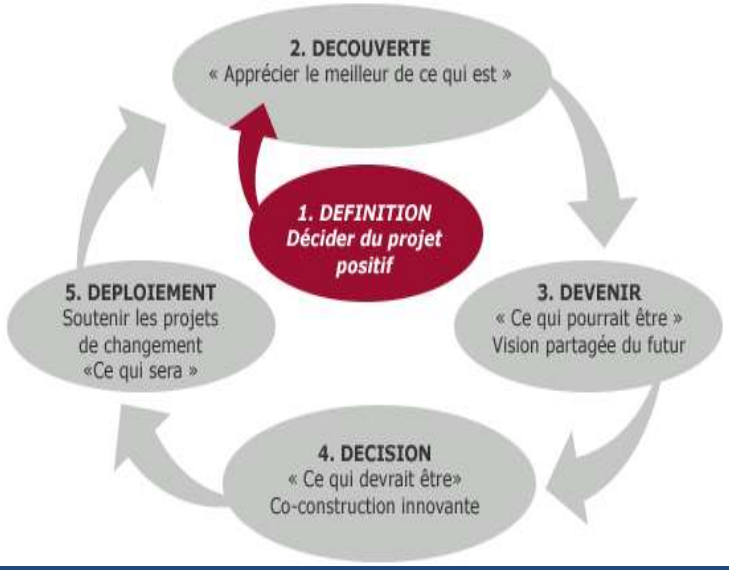
La recherche et la mise en place concertée de solutions ont créé une dynamique et un véritable levier motivationnel pour le «bien travailler ensemble ». Le fonctionnement s'en trouve fortement perfectionné avec une baisse notable de diverses complications qui, quand elles apparaissent, restent à un stade mineur car les soignants travaillent dans un climat de confiance.
En saisissant le lien étroit entre bien-être et optimisation de l'efficacité dans l'exécution des tâches au travail, l'encadrement privilégie le team-building en renforçant la cohésion d'équipe et en créant un environnement propice à la prise d'initiative et au développement de la responsabilisation et en valorisation des membres des équipes et lors d'un staff, lors de l'évocation d'un cas particulièrement difficile, l'I.D.E.C. a formalisé toute sa reconnaissance sur la valeur de ses collaborateurs suscitant beaucoup d'émotion chez certains.

La stabilité des équipes avec un turn over inférieur au taux moyen de ce secteur professionnel, une diminution des absences, est un critère essentiel pour un confort dans la gestion des ces établissements essentiellement basée sur la capital humain.
L'introduction des « Cercles de réflexions et d'échanges sur le bien-être au travail » devenus trimestriels génère un espace de dialogue où chacun peut formuler son opinion sur tous les sujets abordés et verbaliser ses ressentis. Véritables moments de partage d'expériences, ils participent à l'instauration d'une qualité de vie au travail mais également, grâce à la mobilisation des intelligences multiples, à la recherche d'amélioration continuelle de la qualité attendue lors des évaluations internes et externes des établissements sous directive de l'Agence Nationale de l'Evaluation de la qualité des Etablissements et services Sociaux et Médico-sociaux (A.N.E.S.M.)[92].

Ces cercles participent à l'instauration de l'Appreciate Inquiry, méthode basée sur une dynamique collective dont la réflexion ne se fait plus sur les problèmes à résoudre mais sur la mobilisation des capacités et réussites individuelles et collectives pour co-construire l'avenir. Ainsi, la lutte contre les RPS n'est plus évoquée, seul le bien-être au travail est privilégié. Cette méthode dénote d'un état d'esprit positif, tourné vers les succès et les points forts utiles à une amélioration continue dans un processus vertueux

[92] Créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, l'Anesm est née de la volonté des pouvoirs publics d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux dans la mise en œuvre de l'évaluation interne et externe, instituée par la loi du 2 janvier 2002.

L'APPRECIATIVE INQUIRY (A.I.)



Cinq étapes de l A.I.:

- Définition : à savoir l'identification du thème abordé de façon positive,
- Découverte des forces et des facteurs de réussite en se focalisant uniquement sur ce qui fonctionne,
- Devenir : phase où est évoquée la situation dans le meilleur des possibles,
- Décision : étape de réflexion collective de ce qui est envisageable par le biais d'une co-construction,
- Développement avec la mise en place d'action innovante.

Les bénéfices s'inscrivent dans un processus pérenne de prévention des risques qui ne sont plus désormais listés de façon standard sur le D.U. mais en correspondance avec la réalité de l'établissement et ils sont considérés, à juste titre, comme existants et maîtrisés.

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, les R.P.S. sont devenus des sujets de préoccupations majeures pour les services de santé au travail. Le milieu de la santé, avec des professionnels dont la vocation est de pallier les souffrances des autres, considère avec une certaine normalité la présence de ces risques et réagit tardivement pour l'application d'un traitement curatif et prophylactique.

Les dispositions législatives contraignent tous les établissements, privés ou publics, à se prémunir de ces risques et face à la complexité à les définir, la plupart se contentent d'un diagnostic partiel et éprouvent des difficultés à mettre en place les mesures correctives pourtant plus qu'essentielles dans ce domaine d'activité.
En matière de prévention, de multiples préconisations émanent des organismes de tutelle, et sont reprises par des préventeurs externes. Elles s'appuient sur la mise en place de questionnaires afin de détecter ces risques et d'établir un diagnostic sur leurs causes…. en laissant aux directions la responsabilité de trouver des solutions pour les éviter. Pour répondre à la mise en conformité avec la loi, la tentation est alors grande chez les responsables de stigmatiser les personnels les moins résistants au stress, de dénoncer des managers toxiques, et donc de se déresponsabiliser en attribuant les R.P.S. à la seule source humaine. En fait, pour une lutte pérenne et efficace contre l'émergence des R.P.S., il ne s'agit pas d'envisager la question uniquement sur le constat de leurs genèses et de leurs effets mais, de façon beaucoup plus globale tant au niveau individuel, managérial et organisationnel pour en traiter l'aspect multifactoriel.

Le coaching par sa compréhension systémique des situations et sa faculté à faire émerger des solutions, présente une réelle prééminence et ce d'autant plus auprès des professionnels de santé car l'humain constitue le cœur de son action. Il vise un épanouissement à la fois professionnel et personnel en valorisant leur engagement en cohérence avec des valeurs humanistes.
Grâce au coaching, les comportements individuels et collectifs sont portés vers une meilleure implication, une créativité plus affirmée et une réelle recherche d'accomplissement au travers des fonctions professionnelles, favorisant l'efficience et l'innovation, facteurs essentiels dans le domaine médical.
Aussi, en lieu et place d'une gestion des risques psychosociaux, il est alors plus avisé de parler de bien-être au travail qui est, dès lors, considéré comme une véritable ressource positive pour fédérer les énergies, afficher une meilleure cohérence dans les projets et in fine d'apporter encore plus de sens, facteur éminemment important dans les métiers de la santé.

Ainsi, au-delà du concept de bien-être au travail, il devient possible d'instaurer, même dans des milieux professionnels réputés difficiles, une véritable Qualité de Vie au Travail valorisant l'aspect humain de la responsabilité sociétale des entreprises (R.S.E.). La R.S.E. indique une volonté de répondre aux obligations morales et éthiques sur les plans économiques, environnementaux, sociaux et sociétaux, liant ainsi d'un accord tacite entreprises et société. Les premières ont des obligations envers la seconde en répondant à certaines exigences sociales et éthiques (par exemple, permettre aux salariés d'exercer leur travail dans de bonnes conditions). La R.S.E s'inscrit dans une recherche de croissance, de performance, de retour sur investissements à long terme dans un souci permanent de préservation de l'écologie et renvoie aux thématiques dites de « Développement Durable »[93].

[93]Le développement durable est « un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs », citation de Mme Gro Harlem Brundtland, Premier Ministre norvégien (1987). En 1992, le Sommet de la Terre à Rio, tenu sous l'égide des Nations Unies, officialise la notion de développement durable et celle de ses trois piliers (économie/écologie/social) pour un développement économiquement efficace, socialement équitable et écologiquement soutenable.

Le volet social de la R.S.E. associe des objectifs de bien-être et de qualité de vie en se basant sur la motivation, le renforcement des capacités, le développement des compétences de salariés satisfaits de leurs conditions de travail et considérés comme les indispensables clefs et les principaux leviers de la performance économique de l'entreprise.

Le coaching par son approche humaniste, pourvoit à la fondation d'une stratégie de responsabilité sociétale des entreprises en préservant, optimisant et développant durablement le capital humain. Sachant qu'une meilleure qualité de vie au travail des soignants se traduirait automatiquement par une amélioration de la prise en charge des patients, et plus largement par des économies substantielles pour la société, il devient donc urgent d' impulser, dans les structures de santé, la mise en œuvre de la régénération des ressources sociales et humaines, avec des professionnels non plus confinés dans une réalité de travail intensive et difficile mais à contrario, considérés comme des clients à servir et à valoriser car pouvant apprendre et utiliser pleinement leur intelligence et leur créativité au bénéfice de tous.

Ne s'agit-il pas alors de l'évocation de l'émergence d'enjeux nouveaux avec une conception avant-gardiste de l'entreprise et une autre philosophie du travail à instituer dans une vision globale, comme appliquée en coaching, du devenir de la société?

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 1

I- COMPRENDRE LE MONDE MEDICAL 3

A- Les structures et leurs contraintes 3

1. Les différentes organisations 3
2. Les impératifs économiques et normatifs de fonctionnement 4

.

B- Analyse de la situation professionnelle des soignants 5

1. Des conditions de travail difficiles 5
   a. Les contraintes organisationnelles des métiers de santé 5
   b. La confrontation à la souffrance 6

2. Le changement de comportement des patients 7
   a. La démythification du métier de soignant 7
   b. Les nouvelles attitudes des patients : de l'exigence à la violence 8

C- L'impact du contexte sur la vie professionnelle et personnelle des soignants 9

1. Prégnance du stress et du burn out sur fond psycho-social 9
   a. Définitions 10
   b. L'adaptation au stress 11
   c. Mesure multifactorielle de l'état d'épuisement 12

2. Des préjudices en cascade 13
   a. Les atteintes physio-psycho-sociales chez l'individu 14
   b. Les dommages structurels et sociétaux 15

3. Les dispositions institutionnelles 16
   a. Les textes de loi 16
   b. Les mesures de prévention 17

II- LES POINTS CLEFS DU COACHING 19

A- Une discipline professionnelle 19

B- La création d'un espace dédié au coaché 20

1. L'Instauration d'un rapport collaboratif 20
2. L'application de la devise 3P 21
3. La pratique de l'écoute active 22
4. Une attention à la réalité du coaché 24

C- Coacher ou l'alliance d'un savoir-être et d'un savoir-faire 25

1. Une stratégie de questionnements 25
2. L'homme, un être social approché par l'Analyse Transactionnelle 28
3. L'homme, un être de perceptions, abordé par la Programmation Neuro-Linguistique 29
4. L'homme, des ressources à savoir chercher, déployer et utiliser 32

III- LE COACHING DANS SON APPROCHE DES PARTICULARITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE 35

A- Les soignants 35

1. L'influence des drivers 35
2. Le rôle du coach 36

B- Les cadres de santé 37

1. Une profession en évolution 37
2. Le rôle du coach 37

C- Les dirigeants 39

1. Les spécificités de la fonction 39
2. Le rôle du coach 39

IV- LE COACHING, UNE THERAPIE CONTRE CERTAINS MAUX 41

A- La perte de sens 41

1. Les causes 41

2. Apport du coaching 41
   a. Le score 41
   b. Les domaines de conscience de Bateson 42

B- Les jeux relationnels 44

1. La relation soignant-soigné et le triangle de Karpman 44
2. Le triangle dramatique vu sous d'autres angles 46
3. Le rôle du coach 47

V- LE COACHING DE GESTION DES R.P.S. AU NIVEAU COLLECTIF 48

A- Modalités d'intervention du coaching 48

B- Un cas concret de traitement des R.P.S. 51

1. Présentation de la structure 51
2. Etat des lieux 52
3. Plan d'actions 54
4. Bilan 56

CONCLUSION..... 58

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES

ABORD DE CHATILLON, BACHELARD, CARPENTIER, Risques psychosociaux, santé et sécurité au travail : une perspective managériale, Vuibert, 2012.

ANDRE C. et LELORD F., L'estime de soi, Livre de Poche, 2008.

ANGEL, AMAR, DEVIENNE, TENCE, Dictionnaire des coachings, Dunod, 2007.

BUSCATTO, LORIOL et WELLER, Au-delà du stress au travail, Erès, 2008.

COLOMBAT P. Qualité de vie au travail et management participatif, Editions Lamarre, 2012.

DE KERVASDOUE Jean, Les prêcheurs de l'Apocalypse, Editions Plon, 2007.

DOHERTY C. THOMPSON J. Les règles du leadership, Livre de poche, 2008.

GINESTE Y. et PELISSIER J., Humanitude, Edition Armand Collin, 2007.

GOULARD Eric, Tous irrationnels ! Votre cerveau vous joue des tours, Editions Createspace, 2014.

JANSSEN Thierry, La solution intérieure » Edition Fauyard 2006.

JODOROWSKY Alexandro, La danse de la réalité, Albin Michel, 2002

LEVY André, Santé Publique, Edition Masson, 2001.

MARRO André, Nouvelles pratiques de la bientraitance avec soi et avec l'autre, Les Etudes Hospitalières, 2012.

WATZLAWICK Paul et HELMICK BEAVIN Janet, Une logique de la communication, Livre de Poche, 2014.

WATZLAWICK Paul Changements, paradoxes et psychothérapies, Editions du Seuil, 1975

Faîtes vous-même votre malheur, Livre de Poche, 2014

PUBLICATIONS D'ORGANISMES DE TUTELLE

ACT Méditerranée, La prévention en action - le médico-social.

A.N.A.C.T./ A.R.A.C.T. Le travail comme source de santé et de performance,
Prévenir le stress et les R.P.S. au travail,
Travail et changement : agir sur le stress et les risques psychosociaux.

D.I.R.R.E.C.T.E., Les Cahiers des R.P.S. (revue biannuelle).

G.E.P.S.O., Article extrait revue « Sortir de l'épuisement professionnel et accéder au bien être psychologique en reconnaissant ses besoins fondamentaux », 2012.

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE: Bulletin épidémiologique hebdomadaire - N° thématique: Santé mentale et travail : comprendre pour surveiller, Juin 2009.

I.N.R.S. Le point des connaissances sur le stress au travail - ED 5021
Stress au travail : les étapes d'une démarche de prévention - ED 6011
Dépister les risques psychosociaux – indicateurs pour vous guider - ED 6012
Comment détecter les risques psychosociaux en entreprise ? ED 6086
Risques psychosociaux et document unique, ED 6139.
Evaluer les facteurs de risques psychosociaux : l'outil R.P.S.-D.U. , ED6140.

LE QUOTIDIEN DU MEDECIN, Comment allez-vous docteur ? » Article du jeudi 30 avril 2015.

RAPPORTS :

GOLLAC, Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser
LACHMANN, LAROSE et PENICAUD, Bien-être et efficacité au travail, 2010
NASSE et LEGERON, La détermination, la mesure et le suivi des risques psycho-sociaux au travail, 2008, et Indicateurs de suivi et de mesure du stress : 9 mesures proposées pour renforcer la connaissance et l'action publique, 2008

SITOLOGIE

www.documentationfrancaise.fr
www.inrs.fr
www.linkup-coaching.net
www.mieuxvivre autravail.anact.fr
www.travail-emploi.gouv.f
www.travailler-mieux.gouv.fr
www.sante-gouv.fr
www.social-sante.gouv.fr
www.wikipedia.fr

GLOSSAIRE

A.C.T. Méditerranée	**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail Méditerranée
A.I.	**A**ppreciative **I**nquiry
A.N.A.C.T.	**A**gence **N**ationale pour l'**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail
A.N.E.S.M.	**A**gence **N**ationale de l'Evaluation de la qualité des **E**tablissements et services **S**ociaux et **M**édico-Sociaux
A.R.A.C.T.	**A**gence **R**égionale pour l'**A**mélioration des **C**onditions de **T**ravail
A.R.S.	**A**gence **R**égionale **de S**anté
A.T.	**A**nalyse **T**ransactionnelle
C.N.R.A.C.L.	**C**aisse **N**ationale de **R**etraite des **A**gents des **C**ollectivités **L**ocales
C.H.S.C.T.	**C**omité d'**H**ygiène et de **S**écurité des **C**onditions de **T**ravail
C.V.B.L.P.	**C**royances **V**aleurs **B**esoins **L**imites **P**arasitages
C.M.E.	**C**ommission **M**édicale d'**E**tablissement
C.N.V.	**C**ommunication **N**on **V**iolente
D.A.R.E.E.S	**D**irection de l'**A**nimation de la **R**echerche, des **E**tudes, de l'**E**valuation et des **S**tatistiques
D.G.C.S.	**D**irection **G**énérale de l'**O**ffre de **S**oins
D.G.O.S	**D**irection **G**énérale de la **C**ohésion **S**ociale
D.G.S.	**D**irection **G**énérale de la **S**anté
D.I.R.E.C.C.T.E.	**D**irection **R**égionale des **E**ntreprises, de la **C**oncurrence, de la **C**onsommation, du **T**ravail et de l'**E**mploi
D.R.E.E.S.	**D**irection de la **R**echerche, des **E**tudes et de l'**E**valuation et des **S**tatistiques
D.S.S.	**D**irection de la **S**écurité **S**ociale
D.U.E.R.P.	**D**ocument **U**nique d'**E**valuation des **R**isques **P**rofessionnels
E.A.S.H.W.	**E**uropean **A**gency for **S**afty and **H**ealth at **W**ork
E.H.P.A.D.	**E**tablissement d'**H**ébergement pour **P**ersonnes **A**gées **D**épendante**s**
EU.-O.S.H.A.	**EU**porean **O**ccupational **S**afety and **H**ealth **A**dministration
E.T.P.	**E**quivalent **T**emps **P**lein
I.D.E.C.	**I**nfirmier (e) **D**iplômé(e) d'**E**tat **C**oordinateur/trice
I.G.A.S.	**I**nspection **G**énérale des **A**ffaires **S**ociales
I.N.R.S.	**I**nstitut **N**ational de **R**echerche et de prévention de **S**anté au travail
I.R.D.E.S.	**I**nstitut de **R**echerche et de **D**ocumentation en **E**conomie de la **S**anté
M.B.I.	**M**aslach **B**urnout **I**nventory
M.E.DE.F.	**M**ouvement des **E**ntreprises **DE F**rance
O.M.S.	**O**rganisation **M**ondiale de la **S**anté
O.N.V.S.	**O**bservatoire **N**ational des **V**iolences en milieu de **S**anté
P.N.L.	**P**rogrammation **N**euro-**L**inguistique
Q.V.T.	**Q**ualité de **V**ie au **T**ravail
R.P.S.	**R**isques **P**sycho-**S**ociaux
R.S.E.	**R**esponsabilité **S**ociale des **E**ntreprises
T.M.S.	**T**roubles **M**usculo-**S**quelettiques