

Sommaire

Edito

Rubrique plate-forme

| | |
|------------------|---|
| Agenda | 2 |
| Bon à savoir ... | 3 |

Rubrique éthique et psychologie

| | |
|---|---|
| « La colère des patients : Autopsie d'une émotion négligée » S. Marchal | 4 |
|---|---|

| | |
|---|----|
| Espace sponsors : Janssen, Pfizer, Fondation contre le Cancer | 11 |
|---|----|

Edito

Colère... Violence des patients et de leur entourage. Médecine du présent soumise à des politiques de rationalisation, submergée par les développements techniques. Justification d'occupation des lits, conventions de financement... les nouvelles méthodes de gestion sont nécessaires mais restrictives.

Inquiétude, angoisse, peur des soignants qui manquent de l'essentiel : du temps pour jouer le rôle qui est le leur, l'accompagnement du sujet de soins, leur patient.

L'analyse faite par Serge Marchal montre que le processus de compréhension d'une pathologie est complexe, qu'elle doit être abordée individuellement et que la prise en charge doit être réfléchie, temporisée. Il faut également pondérer les réalités, envisager l'existence de possibles troubles mentaux.

Les patients ont des droits, notamment, celui de tout savoir, sauf comme le précise la loi si l'annonce de la vérité pourrait avoir des effets négatifs sur l'évolution de leur état. Il y a aussi cette personne dite de confiance identifiée lorsque tout allait bien, un interlocuteur privilégié pour gérer une situation inattendue. Et il y a la famille, ceux qui comprennent et ceux qui n'acceptent pas...

Refus, revendication, quelquefois manque de respect réciproque... Des conflits surviennent de plus en plus souvent, c'est une évidence objectivée par la plupart des professionnels de la santé. L'évolution de la société n'y est pas étrangère.

Un moyen pour essayer de s'en sortir : écouter, communiquer, intégrer les données recueillies. L'expérience montre que c'est le manque d'homogénéité dans l'approche, le discours inégal au sein de l'équipe qui engendre le doute dans l'esprit des patients.

Plus particulièrement, annoncer l'échéance proche après avoir péniblement exposé le diagnostic, prévenir de la lourdeur d'un traitement éventuel constituent des démarches multidisciplinaires. Celles-ci, organisées et pilotées impliquent l'oubli des limites entre soins palliatifs et curatifs, des barrières entre hôpital, maisons de soins et domicile... entre « unités » de soins.

Anticiper permet de définir ensemble un projet thérapeutique ou de prise en charge dans une logique de soins continus où chaque intervenant a un rôle à jouer en terme de collecte d'informations mais également de rendu de la situation.

Une réflexion est aujourd'hui nécessaire pour éviter des dérives où la peur des procès et la fuite face à l'agressivité conduiraient à la rupture partielle ou totale de la confiance qui est essentielle lorsque la fin de vie est déjà trop proche... L'article de Serge Marchal constitue une belle introduction à un large débat.

Dr JP Van Vooren
Président

Agenda

✓ **Jeudi 14 avril 2005, de 9h30 à 12h30**

« La douleur n'est pas une fatalité... même en soins continus »

Dr N. Mathieu, Mme C. Gilbert, Mme J. Noël

Matinée d'information pour ergothérapeutes et kinésithérapeutes,...

Organisé par la Plate-forme de Soins Palliatifs de Bruxelles

Lieu : Chaussée de Louvain 479 (Salle des Conférences) à 1030 Bruxelles.

Renseignements et inscriptions : Mme Marie Soulier Tél : 02 743 45 92 ou 02 735 13 71, palliabru@palliatifs.be . PAF : 2 €.

✓ **Samedi 23 avril 2005, de 8h45 à 16h**

« Le vécu professionnel en soins palliatifs »

Formation interdisciplinaire organisée par la Faculté de Médecine de l'UCL et le projet RAMPE de la SSMG pour médecins (formation accréditée) et paramédicaux.

Lieu : Pavillon des Conférences ESP (Salle A), 19 Clos Chapelle aux Champs, 1200 Bxl.

Renseignements : Mme D. Pironet 02 764 47 11 dominique.pironet@infm.ucl.ac.be

✓ **Lundi 25 avril 2005, à 20h**

« Sois belge et tais-toi »

Spectacle d'André Rémy présenté par la Compagnie Victor au profit de Continuing Care, équipe de soins palliatifs à domicile.

Lieu : Centre Culturel de Woluwé St Pierre, 1150 Bruxelles.

✓ **Vendredi 27 mai 2005, de 9h30 à 12h30**

« Problèmes éthiques de la fin de vie » Dr M. Stroobant

Formation continue pour bénévoles en soins palliatifs.

Organisé par : la Plate-forme de Soins Palliatifs de Bruxelles.

Lieu : Chaussée de Louvain 479 (Salle des Conférences) à 1030 Bruxelles. P.A.F. 5€

Renseignements et inscriptions : Tél : 02 743 45 92

✓ **Lundi 3 et mardi 4 octobre 2005, aux Pays-Bas, (NL & English)**

« The practise of Snoezelen »

1^{ère} Conférence Internationale et ateliers organisés par WorldWideSnoezelen.com

- 20 ateliers pratiques (sessions parallèles) sur toutes les formes de Snoezelen
- 8 conférences plénières sur les effets de Snoezelen
- Plus de 20 orateurs internationaux (NL, USA, GB, Canada, Israël...)
Démonstration de différents types de fournitures Snoezelen

Bon à savoir ...

Pour les bilingues

Jusqu'à présent la version néerlandophone de Kairos était une traduction de la version francophone, avec toutes les difficultés inhérentes à une traduction. Tenant compte de suggestions émanant de l'enquête de satisfaction à propos de Kairos, nous avons décidé d'offrir à notre public néerlandophone, à partir de janvier 2005, des articles rédigés en néerlandais.

Le thème général dans les deux éditions restera le même, traité par deux auteurs différents, dans leur propre langue. Les bilingues ont donc le bénéfice de deux articles. A la fin de chaque dossier, seront indiqués l'auteur et le titre du texte que vous pourrez retrouver dans la version néerlandophone. Si l'un de ces articles vous intéresse, n'hésitez pas à prendre contact avec nous et nous vous l'enverrons par poste ou par e-mail.

Kairos 18 :

NL « Voeding en vocht bij palliatieve patiënten » Dr Ria Fabri

FR « L'hydratation en soins palliatifs » Carine Geldof

Kairos 19 :

NL « Woede in de communicatie met de palliatieve patiënt en zijn omgeving » Erik Verliefde

FR « La colère des patients : Autopsie d'une émotion négligée » Serge Marchal

Nous recherchons des **candidats bénévoles**
pour l'accompagnement de patients en fin de vie, à l'hôpital et à domicile

Pré requis : formation à l'écoute de préférence.

Formation organisée par la plate-forme de soins palliatifs

Renseignements Mme M. Soulier au 02 743 45 92 ou 02 735 13 71



Quand l'hospitalisation de l'enfant n'est plus nécessaire et que la maladie ou l'affection sont évolutives et préoccupantes, la porte du domicile ne doit pas nécessairement se fermer !

Le rêve du jeune malade, celui de pouvoir rentrer chez lui, doit être réalisable.

éclaircie ASBL

0474 83 55 83

www.eclaircie.be

Une équipe interface pédiatrique disponible 24 heures sur 24

Quatre infirmières pédiatriques assurent la liaison

entre les structures de soins et le domicile en Wallonie et Bruxelles.

La colère des patients : Autopsie d'une émotion négligée

Serge MARCHAL, Psychologue au CAM, Centre d'Aide aux Mourants

Tout récemment encore, se faisant l'écho de la violence vécue quotidiennement par les soignants, la ministre Wallonne de la santé, visitant un établissement hospitalier Liégeois soulignait l'augmentation des actes violents. Bien sûr, tous les services ne sont pas touchés de la même manière. Les urgences, la psychiatrie sont des lieux propices à l'éclosion de ces problèmes, mais de manière assez surprenante d'autres lieux sont touchés comme les services de gériatrie et, la ministre de conclure avec humour que le nombre de « Tatie Danielle » était sans doute plus élevé que nous l'imaginions. Partant de tels constats, il nous a semblé pertinent de nous interroger sur ces comportements problématiques. La question mérite certes d'être approfondie, et nous espérons qu'elle suscite une réflexion au sein de la communauté des professionnels de la santé.

Chacun est susceptible de se mettre en colère. Nous pouvons choisir d'alimenter ou de réduire les réactions agressives dans nos relations personnelles quotidiennes. Le pouvoir d'influer sur le cours d'une série d'événements dépend de notre compréhension des processus en jeu et de notre connaissance de stratégies efficaces. Cet article vise deux objectifs principaux, d'une part proposer une réflexion générale sur les comportements agressifs et d'autre part proposer des démarches pragmatiques pour s'en prémunir et les désamorcer. Partons d'un incident banal de la vie quotidienne :

Il est 8h45 et comme d'habitude je suis en retard, je suis soucieux, Isabelle va encore me réclamer mon article, bref je suis à la bourre. Le conducteur qui me précède se croit en vacances. Enfin, il tourne à droite, la route est finalement libre, je fonce. J'aborde le grand boulevard qui mène à mon bureau et voilà que quelqu'un me fauche la priorité. *Abruti, salaud ! ...*

Ma colère est une réaction de mécontentement intense, qui trouve son point de départ dans une frustration et qui me prédispose à adopter une conduite agressive. La colère est un comportement dans lequel on peut distinguer une dimension cognitive (des processus mentaux), une dimension affective (sensation de déplaisir, de souffrance) et une composante motrice (l'action, les expressions corporelles et verbales).

Tout comportement résulte toujours de plusieurs facteurs. Les divers éléments du comportement et de l'environnement dans lequel il se produit constituent l'équation comportementale (Van Rillaer, 1992). L'analyse d'une colère ou d'une conduite agressive commence par le repérage des stimuli antécédents. Mais la découverte de stimuli même essentiels, n'est jamais une explication suffisante. Le schéma stimulus-réponse n'est qu'un maillon de l'équation comportementale. Il faut tenir compte des autres facteurs : l'interprétation des stimuli, l'état physiologique, la disposition affective du moment, le répertoire des comportements appris, l'expérience des conséquences de conduites possibles. La dimension cognitive joue un rôle majeur dans l'apparition de la colère. Les psychologues cognitivistes pensent que nous sommes émus parce que nous pensons (Berkowitz, 1999). La dimension cognitive est indubitablement une dimension majeure dans ce type de comportement. La colère est le résultat d'une série d'évaluations psychologiques presque instantanées, qui nous font apprécier si l'événement est à la fois : indésirable (c'est dangereux de couper la route et de me contraindre à freiner en urgence), intentionnel (il le fait exprès), contraire à notre système de valeurs (je considère que tout individu sans exception doit absolument se conformer à la loi) et contrôlable par notre réaction de colère (je vais lui montrer qu'on se comporte ainsi avec moi) (Lelord André, 2001).

Certaines colères ont indubitablement des fonctions positives. Les colères qui font comprendre à un partenaire qu'il dépasse les bornes peuvent remettre les pendules à l'heure. Elles permettent d'enrayer un processus de ressentiment ou de désinvestissement affectif. Toutefois une grande proportion de colères a, pour leurs auteurs, des conséquences néfastes telles qu'une évaluation négative de la part de son entourage, une mauvaise image de soi, une faible estime personnelle, des conflits. La colère a aussi des conséquences négatives pour ceux qui en sont les victimes. En effet des conduites agressives

induisent un climat d'hostilité. Les êtres humains ont tendance à réciproquer aisément les actions agressives plus facilement en tout cas que les conduites amicales. Les actions agressives tendent à se développer et à instaurer des cercles vicieux ou des escalades de réactions négatives (Van Rillaer, 1999). Des conduites agressives ne déclenchent pas nécessairement une hostilité ouverte chez le partenaire. Quand celui-ci s'estime en position de faiblesse, il peut réagir par un sentiment d'impuissance, de dépression, de détachement affectif ou de ressentiment secret (Van Rillaer, 1999).

La colère n'est pas un comportement exceptionnel. Averill (1983) montre que la colère d'intensité faible ou modérée serait ressentie de quelques fois par semaine à quelques fois par jour par la plupart des gens. Cet état émotionnel varierait tant en fréquence (de très rarement à très souvent), en intensité (allant de l'agacement à la rage) qu'en durée (de passagère à chronique) et s'exprimerait de diverses façons notamment par l'agression.

Si celle-ci est favorisée par un état colérique, elle n'en serait toutefois pas totalement dépendante. La colère est davantage perçue comme un état motivationnel intervenant entre la frustration et l'agression ; elle sensibiliserait l'individu aux indices de l'environnement, lesquels pourraient alors favoriser l'émission de comportements agressifs. Le risque de commettre une agression ne serait pas directement proportionnel au degré de frustration ressentie. Les attributions causales, le degré d'injustice perçu et les traits de personnalité joueraient un rôle de médiateur. La plupart des gens qui éprouvent de la colère ne passent pas à l'acte. Les agressions physiques directes ne compteraient que pour 10 % des agressions commises, alors que le comportement inverse (comme s'efforcer de manifester des comportements amicaux lorsqu'on est en colère) serait deux fois plus fréquent (Averill, 1983).

On peut s'attendre à ce que la colère éprouvée soit tournée plutôt vers des personnes méprisées. Ceci ne se produit que dans 8 % des cas, alors que dans 75 % d'entre eux, l'émotion est tournée vers un être cher ou une personne bien connue et appréciée (Averill, 1983). Le reste du temps, ce sont les inconnus qui seraient à la source de cet état émotionnel négatif. La colère est une émotion de nature interpersonnelle. Il est logique de savoir qu'elle est dirigée la plupart du temps vers nos conjoints, nos enfants, notre famille, nos amis, nos collègues, notre patron ou nos soignants.

Même si la colère est vécue comme étant problématique autant par ceux qui l'expriment que par ceux qui la subissent, elle reste une émotion boudée par les chercheurs, négligée par les théoriciens. Entre 1990 et 1994, près de huit fois plus d'articles scientifiques sont parus sur la dépression et cinq fois plus sur l'anxiété que sur la colère (Kassinove et al., 1995). Les manuels de psychiatrie (DSM III et IV) reflètent cette situation, puisqu'une section complète est consacrée aux troubles de l'humeur et une autre aux troubles anxieux. La colère et l'agression n'ont pas obtenu pareille reconnaissance et apparaissent çà et là, servant de critères diagnostiques à nombre d'autres troubles (Desjardins, 2002).

La violence en milieu clinique

L'exercice de la médecine pose aujourd'hui des défis de plus en plus grands. À cause de la demande croissante, les médecins et les autres professionnels de la santé doivent faire davantage avec moins. Les patients ressentent de la frustration, voire des appréhensions, quant aux soins qu'ils reçoivent. En outre, les patients sont aujourd'hui des « consommateurs de soins » plus informés. Bien que ce soit un avantage, il arrive que des patients consultent leur médecin en ayant déjà des idées bien arrêtées quant au traitement à privilégier ; de plus, ils manifestent souvent des attentes irréalistes.

Tous ces facteurs, conjugués à d'autres, contribuent à augmenter le nombre de patients difficiles et exigeants, voire en colère. Les gens en colère sont souvent convaincus de ne pas être traités de façon équitable, sans qu'ils puissent remédier à la situation. Leur colère est en fait un moyen visant à mieux maîtriser la situation et à obtenir de l'attention.

Quel professionnel de la santé n'a pas craint, un jour, d'être agressé par un patient irascible ? Mais lorsque ces menaces nous sont directement adressées, ou lorsque l'affect de colère s'intensifie au cours du soin, que le contrôle du patient s'effrite, qu'un passage à l'acte paraît imminent ou qu'il se produit, cela engendre toutes sortes de sentiments. On peut éprouver de la peur, de l'angoisse, de l'impuissance et de la colère qui à leur tour peuvent alimenter des réactions contre-transférentielles.

Celles-ci peuvent être les pires obstacles ou nos meilleures alliées si nous savons les analyser et les mettre à contribution (Coulombe, 2002).

Ces réactions suscitées par le patient agressif sont évidemment bien différentes de celles que suscite un patient déprimé ou anxieux. Les défis auxquels nous devons faire face sont bien différents. La souffrance chez le patient agressif est souvent masquée, rendant la position empathique du soignant difficile à maintenir. L'empathie, nécessaire au travail, est souvent effacée par ce contre-transfert négatif. L'aide n'est possible, et ne revêt de sens, que dans la mesure où nous avons accès à cette souffrance.

Le passage à l'acte est fréquemment issu d'une interaction pluri-factorielle. Les antécédents de violence d'un individu, la présence d'un trouble de la personnalité, la présence ou non d'une affection psychiatrique, l'exposition à un stress important ou l'absence de support social constituent des facteurs susceptibles de générer des comportements agressifs. Les patients porteurs de diagnostics psychiatriques représentent une catégorie à risque lorsque certaines conditions sont réunies (état mental précaire, période aiguë de stress, toxicité, etc.). Certaines pathologies présentent un plus grand risque (les psychoses avec des hallucinations et ou des idées délirantes de persécution, les troubles délirants, les troubles affectifs majeurs et certains troubles sévères de la personnalité). Il est cependant rare qu'il passe à l'acte sans la présence de facteurs déclencheurs.

Un comportement agressif, violent ainsi qu'une perte de contrôle, peuvent aussi survenir chez un individu en apparence adapté. L'effondrement du système défensif, l'intensité des stress auxquels l'individu se trouve confronté auront érodé sa capacité de contrôle et auront entraîné le passage à l'acte. Si l'agression est parfois difficile à prévoir, certains facteurs ont été associés au risque de passage à l'acte dont l'âge, la présence de symptômes psychotiques et les troubles de la personnalité (Raja et al., 1997). **(1)**

En fonction de la méthodologie employée et du pays étudié, la prévalence des agressions physiques commises par des patients hospitalisés pour troubles mentaux varierait entre 4 % et 37 % (Raja et al., 1997). Une étude rapporte que 12 % des patients hospitalisés en service de psychiatrie étaient responsables des 133 incidents violents commis sur une période d'un an (Tam et al., 1996). Dans 44 % des agressions, le passage à l'acte n'avait pas été précédé par une quelconque agitation annonciatrice.

La façon de se prémunir contre l'agressivité d'un patient exige de reconnaître et d'admettre que l'on puisse y être exposé. Une attitude améliorant notre capacité à prévenir ou à y faire face est l'écoute de nos réactions. La crainte, l'inconfort ressentis en présence d'un patient ne doivent pas être ignorés même si ces sentiments ne se fondent que sur des impressions vagues.

Il faut les examiner et en interroger les causes. Les sentiments inconfortables engendrés par l'agressivité du patient provoquent chez les soignants des réactions de fuite, de banalisation des messages inquiétants émis, voire de déni du potentiel agressif. L'attitude de fuite peut se manifester à travers le non reflet au patient de la violence de ses propos ou de ses comportements. Cette tendance à ignorer ces messages, à ne pas relever la montée de tension, d'impatience, de propos menaçants a souvent pour effet d'augmenter le degré d'agressivité.

Le patient a l'impression que sa détresse n'est pas entendue, ni prise au sérieux. Par sa non-intervention, le soignant donne tacitement son accord. La croyance persistante en l'effet du « bon soignant » qui n'est pas menacé ni agressé par ses patients concourt à alimenter le déni des soignants (Coulombe, 2002). La qualité du lien thérapeutique ne nous immunise pas complètement contre l'émergence de comportements agressifs. A l'inverse, ces sentiments peuvent entraîner une amplification du risque agressif du patient. Celle-ci peut générer des décisions hâtives pouvant s'avérer pénalisante. Ces deux types de réactions ont des conséquences pour le patient ; elles ont un impact sur la démarche thérapeutique et sur l'agressivité même. Évidemment entre ces deux pôles se trouve une variété de réactions, plus nuancées, plus subtiles, moins extrêmes.

(1) Ainsi, les patients jeunes, qui souffrent d'un trouble ou d'un épisode psychotique et qui présentent un trouble ou des traits de personnalité du groupe B (antisociale, borderline, histrionique ou narcissique) seraient plus susceptibles d'agresser leur entourage, y compris leur soignant, que ceux qui ont des caractéristiques différentes.

L'agressivité en soins palliatifs

La colère est une réaction habituelle lorsqu'on apprend que la maladie est à un stade avancé et que l'espérance de vie est écourtée (Lassaunière, 2000). Ce sentiment peut s'expliquer différemment. On peut y voir une riposte au fait de se sentir abandonné par la vie, on peut également y voir une réaction à l'adversaire qui vient contrecarrer les plans du sujet. La colère est habituellement une réaction fonctionnelle, permettant au sujet de se mobiliser pour renverser l'obstacle qui l'empêche d'atteindre ses objectifs. Mais face à la mort, le sujet se sent démuni, ne serait-ce que parce que la cible de sa colère est impossible à localiser (Hetu, 1989). La colère devient alors révolte, et comme la foudre, elle se dirige vers les cibles les plus proches, habituellement le conjoint : on trouve qu'il en fait trop ou pas assez, qu'il ne collabore pas assez avec le médecin, on envie sa santé alors qu'on est soi-même en train de mourir. Le conjoint n'est pas la seule cible, les autres membres de la famille, le personnel soignant, le destin et même dieu pour les croyants.

La colère est aussi une réponse à l'anxiété, à la menace et peut s'exprimer directement ou indirectement. Sous la colère se cache souvent la peur : serait-ce parce que la société semble autoriser la colère mais désapprouve toute expression d'angoisse (Buckman, 1994) ? La colère exprime souvent un sentiment d'écrasement et elle peut avoir été la seule forme de réaction de stress. Certains se montrent irritables tout au long de leur vie et se considèrent comme d'éternelles victimes. Le stress que représente la maladie au stade terminal met souvent en évidence la colère. Quelle que soit la manière dont s'exprime la colère, celle-ci est un thème important dans beaucoup de vies.

La colère revêt parfois un aspect spirituel ou théologique, le patient se sentant abandonné par Dieu. L'abord et la reconnaissance de la colère en tant que problème comprennent différentes attitudes. La colère a besoin d'être reconnue et ses motifs examinés afin d'en désamorcer le mécanisme. Si cela n'est pas fait, l'émotion risque de grandir et d'atteindre son paroxysme à un mauvais moment, voire d'être projetée dans une mauvaise direction.

Les différentes formes de colère

Quand la colère est clairement exprimée, le diagnostic ne fait aucun doute. On le perçoit dans le vocabulaire agressif, le ton de la voix, les expressions du visage et l'attitude en général.

La colère passive se révèle différemment. Les patients peuvent paraître très calmes et renfermés, si bien que l'on pense tout d'abord à un état de prostration. Le dialogue et un examen attentif mettront en évidence la colère sous-jacente. Quelle que soit la façon d'exprimer cette irritation, il est primordial de savoir si elle est proportionnelle à sa cause et si elle est canalisée dans la bonne direction.

Différentes situations peuvent se présenter. Un patient peut avoir de bonnes raisons d'être en colère, que ce soit en rapport avec sa maladie (retard de diagnostic, retard ou rétention d'information) ou non (problèmes familiaux, financiers).

Les ambitions frustrées sont courantes. Peu de gens se sentent prêts à mourir. Beaucoup sont frustrés de ne pas avoir eu le temps de réaliser leurs ambitions, de voir leurs enfants grandir, d'évoluer dans leur carrière, ou d'accomplir certaines choses importantes. Souvent, à la colère, s'ajoute un sentiment de culpabilité comme s'ils se sentaient responsables de leur propre maladie.

La perte d'autonomie est une cause habituelle de colère chez un patient qui se sent dominé par sa maladie, par le personnel médical ou par ceux qui prennent soin de lui. Cela est particulièrement vrai quand la maladie inverse le rapport de force. Le patient qui était la personne dominante au sein du couple ou de sa famille se retrouve en position de faiblesse par rapport à son conjoint, obligé d'assumer à sa place toutes sortes de responsabilités. Cette colère est d'autant plus grande que le conjoint parvient effectivement à surmonter ses difficultés matérielles et/ou émotionnelles sans son aide.

Le désespoir peut survenir quand il réalise que son destin est inéluctable. Il éprouve alors de la colère face à une situation sans issue dans laquelle il se sent piégé.

Une dépression peut provoquer également un sentiment de colère, tout comme chez le patient désespéré, lorsqu'il n'y a plus de place pour des pensées positives. A noter cette colère peut aussi

être la manifestation d'un simple irritabilité, fréquente et habituelle dans les syndromes dépressifs. Beaucoup de psychologues pensent que la dépression contient une bonne part de colère non exprimée et retournée contre soi.

Une colère rationnelle est à la fois proportionnelle à sa cause et dirigée dans la bonne direction. Ainsi un malade peut s'emporter lorsqu'il apprend qu'une maladie grave va le priver de la retraite qu'il s'était préparée. Cette colère peut être dirigée contre soi-même, comme dans le cas d'un patient atteint de cancer du poumon qui se reproche d'avoir fumé. Pour les intervenants, l'importance de la colère est ici en rapport avec une cause rationnelle et dirigée dans la bonne direction.

La colère irrationnelle est sans rapport avec les raisons avancées ou bien mal canalisée voire les deux à la fois. Cette attitude a de nombreuses explications, mais surtout on la retrouve lorsque, pour le malade, il n'est pas possible ou pas pensable de donner libre cours à sa colère : par exemple quand elle s'adresse à Dieu, à un parent ou un ami très proche. Le personnel soignant devient alors une cible privilégiée. La culpabilité associée à la colère peut aussi être dirigée contre soi-même. Il est difficile de savoir à l'origine si la colère est rationnelle ou non. C'est seulement lorsqu'on le découvre progressivement que la situation devient plus claire.

La colère pathologique est une forme d'irritation augmentant sans commune mesure avec les raisons invoquées. Le malade est généralement très énervé, agité ou gesticulant. A ce niveau, la colère peut exploser dès que l'on cherche à comprendre ses raisons dans la mesure où le risque d'agression verbale voire de violence physique est tout à fait réel, il faut reconnaître cet état le plus précocement possible.

Comment désamorcer la colère ?

Lorsqu'un patient commence à s'impatienter, qu'il devient de plus en plus tendu, qu'il se désorganise, il est essentiel de relever ces manifestations, de les refléter, de les freiner et dans certains cas de poser des limites fermes. Il est important de lui signifier que nous sommes disposés à entendre ce qui est difficile à dire ou qui n'a pas encore été dit. L'installation d'un cadre ou son rappel, l'introduction de la parole, l'interdiction d'agir, l'autorisation de se confier et l'écoute empathique proposée sont les ingrédients d'une intervention efficace pour désamorcer un passage à l'acte et maîtriser une crise.

La confrontation avec des patients irrités est à la fois éprouvante et source d'énervement pour le personnel, particulièrement lorsqu'il ne s'y attend pas et que cette colère semble injustifiée. Le rôle du soignant passe par un contrôle de sa propre colère ou tout au moins par une compréhension de sa propre réponse à la colère. Le malade peut exprimer librement ses sentiments ; idéalement il faudrait comprendre et décrypter cette colère.

Afin de donner une forme plus didactique au texte, celui-ci est accompagné en annexe d'arbres décisionnels, permettant d'abriter les comportements colériques selon leurs différentes composantes. Nous avons repris cette démarche basée sur une logique en cascade aboutissant à des propositions thérapeutiques concrètes. Les deux arbres successifs dérivent de ceux qui sont proposés par JM. Lassaunière (2000) et modifiés afin d'illustrer les processus décisionnels à l'œuvre face à ces réactions de colère.

L'importance de la colère dépend beaucoup du comportement habituel du malade et de sa capacité à conserver un raisonnement rationnel quand il est irrité. Lorsque la colère est rationnelle le risque de passage à l'acte est relativement peu élevée. Pour la désamorcer, il est essentiel de l'admettre et d'encourager la verbalisation de sa ou ses causes. Dans ces circonstances, le soignant doit rester calme, adopter une attitude positive, confiante et proactive. Cette réaction du clinicien devrait susciter des comportements plus favorables chez le patient. Aussi longtemps que celui-ci n'a pas retrouvé son calme, il est inutile d'argumenter, de soumettre une explication ou de rationaliser. Le patient a besoin de savoir que vous l'écoutez et que vous comprenez ce qu'il ressent. L'intervenant doit parler d'une voix égale, (contrôler le ton et le volume de la voix afin de démontrer votre calme et votre maîtrise de vous-

même, gardez le silence selon les cas). Adopter un langage corporel approprié (Soyez sensible aux signes non verbaux transmis, ne fronchez pas les sourcils, ne vous agitez pas, ne tambourinez pas, accordez un espace suffisant à l'autre, maintenez l'échange de regards, donnez l'impression d'avoir la maîtrise de vous-même, asseyez-vous pour montrer que vous n'êtes pas pressé, adoptez un comportement professionnel plutôt qu'autoritaire, ne transmettez pas de messages contradictoires). Essayez de comprendre les besoins qu'exprime le patient (laissez le patient exprimer ses frustrations, ne le blâmez pas, ne faites pas de remarques sarcastiques et ne proférez pas de menaces, aidez le patient à dissiper les inquiétudes non fondées). C'est une façon de manifester une écoute attentive et de l'empathie, de calmer le patient et d'en arriver à une exploration utile de la situation pour trouver une solution. Formulez des questions ouvertes et positives en prenant garde de ne pas mettre le patient sur la défensive. Aidez la personne à exprimer sa colère verbalement et à nommer l'objet de celle-ci. Constatez la colère, nommez l'émotion « Vous paraissez fâché. », évitez les questions qui commencent par « pourquoi » (Que se passe-t-il?). Quand un intervenant a besoin de comprendre, il est préférable d'utiliser les questions visant à connaître le "comment" permettant de décrire le processus plutôt que le pourquoi. Celui-ci vise l'explication de la chaîne des causes et entraîne des rationalisations ou des blocages du discours. De plus le "pourquoi" est souvent associé au reproche et au blâme.

Aidez à identifier plutôt ce qui déclenche sa colère (des mots, des comportements, des sentiments). De même, commencez les phrases par « Je » (Je vois que vous êtes en colère.). Voyez s'il y a un désir d'en parler. « Souhaitez-vous que nous en parlions ? » Si le patient est demandeur, invitez-le à expliquer comment et pour quelles raisons il est en colère. "Pourriez-vous me dire ce qui vous met en colère ?" C'est une façon de reconnaître ce que le patient ressent, sans le juger. Des énoncés comme « Vous ne devez pas avoir cette impression » ne mènent à rien. Envisagez tous les motifs de manière objective et non défensive. "Se pourrait-il qu'il y ait quelque chose d'autre, dans le passé ou le présent, qui vous mettent en colère."

En procédant de cette façon, en s'abstenant de le juger, l'irritation cède au fur et à mesure que ses raisons apparaissent.

On peut évaluer s'il s'agit bien d'un comportement normal, d'une colère rationnelle, irrationnelle, ou pathologique.

Une plainte peut constituer une bonne raison d'exprimer sa colère. Si celle-ci est faite à propos d'un membre du personnel soignant, il faut à tout prix éviter de le défendre, sous peine d'aggraver la situation. On peut faire preuve de compréhension sans être sur la défensive « Je vois bien que le fait de reporter votre rendez-vous vous a énervé et j'imagine que je le serais aussi ». Encouragez l'expression verbale de la colère. Il faut lui demander de dire à la personne concernée à quel point il est en colère. Cela lui permet de libérer sa tension et de mettre les choses au clair. Cependant si la personne qui s'occupe de lui a manifestement commis une erreur, il est essentiel qu'elle présente ses excuses : « C'est vrai, il semble que nous nous soyons trompés. Nous pensions que le résultat obtenu serait meilleur que ça, je m'excuse »

On rentre alors dans une nouvelle phase de l'entretien, où les émotions exprimées deviennent tout autre : un sentiment de détresse ou d'affliction face à une mort imminente et même un sentiment de culpabilité. Soyez attentifs à la "transition" c'est-à-dire, le moment où la colère diminue et où d'autres sentiments prennent le dessus, par exemple, la tristesse ou la culpabilité. « Quand je vous entends, je me rends compte que derrière cette colère il y a beaucoup d'amertume et de tristesse, est-ce que je me trompe ? » Aider-le à identifier les sentiments sous-jacents : la frustration, l'anxiété, la trahison. Il est capital d'explorer ces nouvelles émotions et de comprendre leur origine. « Voulez-vous que nous en parlions ? » Centrez-vous sur ce qui s'est passé ou ce qu'il a ressenti juste avant le déroulement de la colère. Faites-en le tour.

Aidez-le à identifier les conséquences d'un comportement colérique. Aidez-le à identifier des alternatives à la colère. Montrez lui qu'il y a d'autres possibilités d'exprimer des sentiments, une frustration ou de l'anxiété.

S'il n'y a pas de transition, voyez si la colère n'est pas disproportionnée par rapport à la situation actuelle. Invitez le patient à y réfléchir et explorez.

Une colère persistante indique que sa véritable cause n'a pas été découverte, il faut chercher plus loin. La colère peut être irrationnelle : dans ce cas, il faut se demander s'il y a d'autres raisons qui motivent cette colère et les analyser. L'irritation peut faire partie du registre comportemental habituel de ce patient. Il faut alors admettre cette colère, mais rechercher aussi des raisons valables, car un motif réel peut toujours exister. On peut refléter sans agressivité « J'ai l'impression que vous vous mettez facilement en colère ».

Une colère qui s'intensifie, malgré la possibilité d'être évacuée, signale une colère pathologique. Pousser plus avant son exploration va à l'encontre du résultat escompté. Si on n'impose pas certaines limites, le risque de passage à l'acte par agressivité verbale ou physique devient tout à fait réel. Le soignant peut dire « Je constate qu'il vous est difficile de contrôler cette colère. Je suis d'accord pour que vous l'exprimiez autant que vous voulez, mais je ne peux pas tolérer que vous deveniez violent, de quelque manière que ce soit. Si vous ne pensez pas y arriver, il vaut mieux interrompre tout de suite cet entretien. Mais, si vous pensez pouvoir continuer sans perdre votre contrôle je veux bien parler de cette colère. Je comprendrais tout à fait que vous préféreriez cesser, si c'est trop pénible pour vous. » Si le malade déclare qu'il est incapable de contrôler sa colère, il faut interrompre immédiatement l'entretien et quitter la pièce.

La personne visée par la colère irrationnelle, la cible désignée n'est pas forcément en cause et le personnel soignant peut être confronté à une situation dont il n'est pas responsable. Je voudrais brièvement aborder un aspect de la colère qui mériterait un développement bien plus conséquent. Il est fréquent qu'un proche se mette en colère lorsque le malade décède dans les heures qui suivent son admission en soins palliatifs. « Tout allait bien jusqu'à ce qu'il arrive chez vous ». Cette réaction peut sembler logique, à priori, mais le médecin doit la corriger en faisant preuve de sensibilité. « Je vois que vous êtes en colère, mais je ne pense pas en être la cause ». Souvent cette colère recèle une réaction de culpabilité, la famille pense qu'elle a laissé tomber son patient en acceptant son admission dans une unité de soins palliatifs ou parce qu'elle n'a pas pu être fidèle à une promesse faite ou extorquée. Devant l'approche du décès de leur parent, nombre de ceux qui viennent dans les services de soins palliatifs peuvent faire preuve d'une exigence immodérée, ou se font un vif reproche de n'avoir pas su entourer suffisamment leur malade. On a beau les raisonner, leur affirmer que leur conduite est en tous points exemplaire, ils maintiennent leur verdict déraisonnable. Ils se sentent coupables. En réalité, cette culpabilité n'est pas fondée sur leur récent comportement. Elle procède de tous les vœux inavoués ou inavouables qu'ils ont formulés et refoulés au temps de leur amour. Devant le mourant, tout se passe comme si la part cachée d'une vérité de leur vie affective tentait de s'imposer à leur conscience dans une sorte de jugement dernier. Ils doivent alors multiplier les défenses par un excès de dévouement. Et si ces dernières sont insuffisantes, c'est devant nous qu'ils plaident leur cause. La compréhension de tels mécanismes psychiques est salutaire au sein de l'équipe. Il importe que les soignants ne prennent pas les plaintes, accusations pour une attaque personnelle, ou pour une mise en question de leur propre travail. Ce sont les projections d'un conflit intrapsychique inévitable chez ceux qui vont perdre un être proche (Renault, 2002).

Prendre en charge les causes et les conséquences de la colère.

Il faut reconnaître l'existence de la frustration et admettre la colère : « Je comprends que le fait de ne pas voir grandir vos enfants soit un drame pour vous ». Le sentiment de culpabilité doit être recherché et évalué. Si le malade parvient à admettre qu'il n'est pas responsable de son sort, il peut alors se pardonner à lui-même et diminuer sa colère.

Si une perte d'autonomie est à l'origine de la colère, il faut encourager le malade à exprimer ses sentiments puis quand il aura retrouvé son calme, tenter de lui faire regagner une partie de son autonomie. Il est essentiel que les solutions viennent du patient lui-même.

Le personnel soignant peut se retrouver très démuni face à une colère de nature « spirituelle » lorsque la situation du malade paraît effectivement injuste. Il faut se montrer compréhensif et savoir reconnaître la difficulté de la situation.

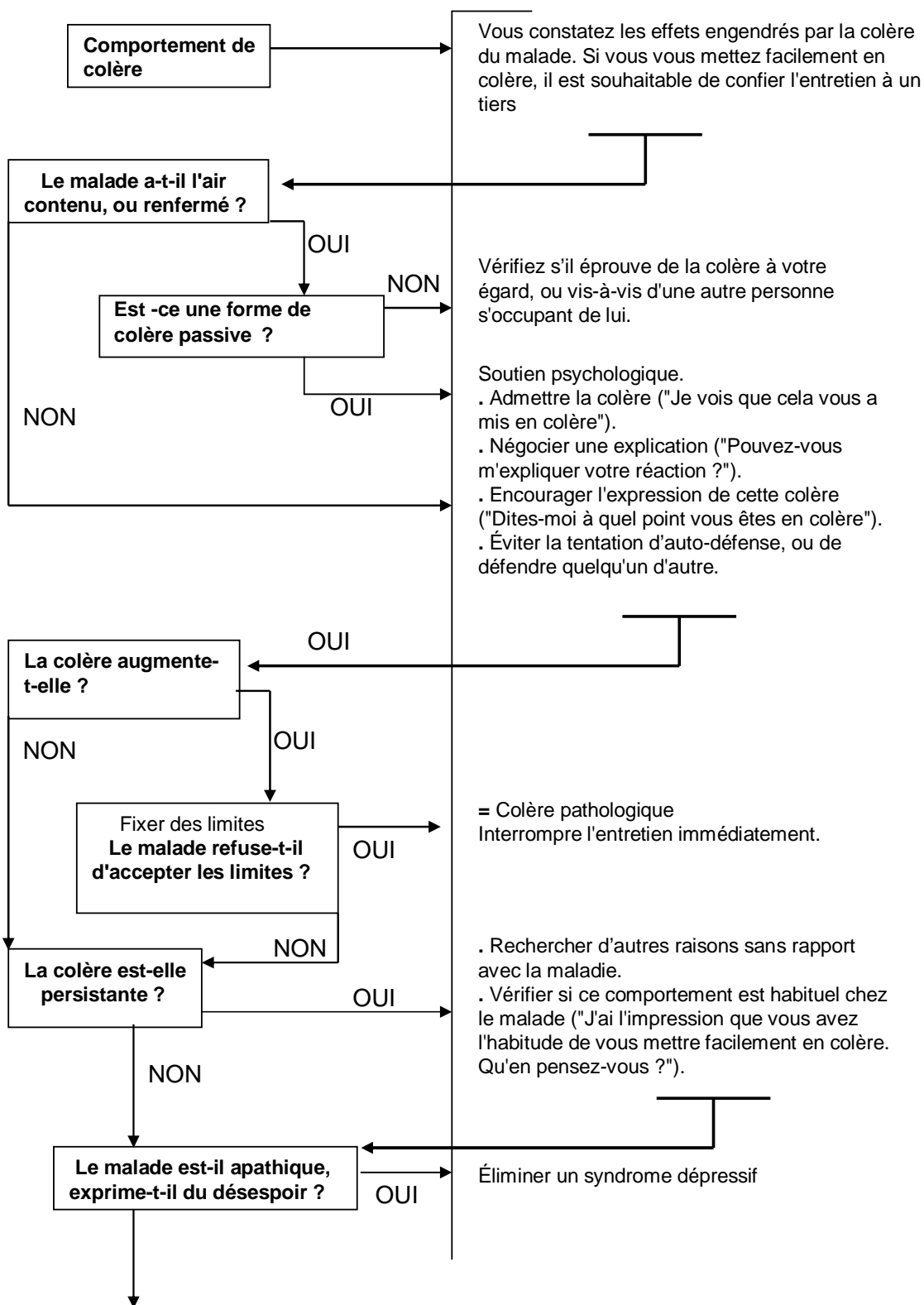
La dépression est source de réactions de colère.

La colère peut isoler un malade qui ne supporte plus d'être sollicité, ou qui focalise sa colère sur son entourage. Dans ce cas, les proches en viennent aussi à s'éloigner de lui, car ils ont peur de cette colère et ne savent plus comment l'affronter. Cette situation met à l'épreuve toute relation affective et l'aggrave considérablement s'il existait déjà des tensions auparavant. En procédant sans brutalité, il faut alors confronter avec douceur le patient à son isolement et examiner avec lui les conséquences sur son entourage. Une fois la situation éclaircie, il faut essayer de l'aider à résoudre ses problèmes.

En conclusion, rappelons-nous que la révolte, la colère et l'agressivité des patients doivent être entendues car elles traduisent aussi les forces de vie qu'ils possèdent encore pour dépasser cette dernière étape. Si ces réactions engendrent plus de problèmes qu'elles n'en résolvent, elles peuvent devenir nocives quand elles enferment le malade dans une stratégie de récriminations perpétuelles. Même si la colère et l'agressivité sont compréhensibles. Elles n'en sont pas pour autant inévitables. Elles dépendent comme nous l'avons vu d'une pluralité de facteurs. Souvent, face à ces réactions, la meilleure solution reste la démarche de résolution de problèmes. Adopter une conduite assertive, qui se situe à mi-chemin entre la passivité et l'agressivité, évite de développer un « agenda professionnel » rempli d'idées d'iniquité, de rancœur. Réduire les réactions de colère et d'agressivité qui en découlent nécessite des stratégies diverses que nous avons illustrées. Tous les soignants savent écouter, s'exprimer, négocier mais, beaucoup le font de manière inadéquate, en particulier lorsqu'ils éprouvent eux-mêmes de la colère. Nous avons tous la faculté de pouvoir apprendre à mieux gérer les facteurs qui déterminent ces comportements. Une approche pragmatique et des outils de réflexion peuvent nous aider efficacement dans cette tâche.

Références bibliographiques

- Averill, J.R.** *Studies on anger and aggression : Implications for theories of emotion.* American Psychologist, 38 (11), p 1145-1160. 1983
- Berkowitz L..** *Anger, handbook of cognition and emotion.* Tim Dalgleish, Mick J Power éd., New York. 1999.
- Buckman R.** *S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles.* Inter Editions. Paris. 1994
- Coulombe J.** *L'agressivité du patient en contexte thérapeutique.* Psychologie Québec. p 26-28, 2002 (3)
- Desjardins S.** *L'agressivité du client.* Psychologie Québec. p 12-14 2002 (3)
- Kassinove H. and Sukhodolsky D.G.** *Anger disorders : Basic science and practice issues.* Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 18 (3), p 173-205. 1995
- Héту J-L.** *Psychologie du mourir et du deuil.* Méridien, Montréal, 1989.
- Lassaunière J-M.** *Guide de soins Palliatifs. T. 2 Aspects psycho-sociaux.* John Libbey Eurotext. Paris. 2000
- Lelord F., Andre Ch.** *La force des émotions,* Odile Jacob. 2001
- Raja M., Azzoni A. and Lubich L.** *Aggressive and violent behavior in a population of psychiatric inpatients.* Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32 (7), p 428-434. 1997
- Renault M.** *Soins Palliatifs : questions pour la psychanalyse. Angoisse, culpabilité, souffrance, régressions.* L'harmattan. 2002
- Tam E., Engelsmann F. et Fugère R.** *Patterns of violent incidents by patients in a general hospital psychiatric facility.* Psychiatric Services, 47 (1), p 86-88. 1996
- Van Rillaer J.** *La gestion de soi.* Mardaga 1992.
- Van Rillaer J.** *Les colères.* Bernet-Danilo édition 1999.



Deuxième partie

