



HAL
open science

Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ?

Caroline Cintas

► To cite this version:

Caroline Cintas. Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ?. Humanisme et entreprise, 2010, N°296, p.61-80. hal-00783967

HAL Id: hal-00783967

<https://hal.science/hal-00783967>

Submitted on 2 Feb 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ?

Caroline Cintas

Caroline.cintas@univ-rouen.fr

Maître de conférences

Laboratoire NIMEC :

IAE de Rouen, 3 avenue Pasteur

76186 Rouen Cedex

Tel : 02 32 76 97 99 -06 50 71 69 68

Résumé :

L'objectif de cet article est double : à la fois cerner les mécanismes de régulation de la violence en milieu extrême : l'hôpital psychiatrique ; et, à la fois, mettre en évidence les marges de manœuvre dont dispose le management dans la prévention de la violence psychologique. A partir d'une analyse empirique issue d'un travail de recherche en hôpital psychiatrique, des mécanismes de régulation de différentes formes de violence sont mis à jour. La méthode est inductive et l'analyse des résultats utilise la théorie de la régulation comme grille de lecture.

Violence des échanges en milieu extrême : que peut faire le management ?

« La violence des échanges en milieu tempéré », film de J-M. Moutout a mis en évidence le processus de banalisation de la violence des échanges dans des situations de travail classiques et quotidiennes du monde de l'entreprise et son impact dans le « hors-travail ». La thèse véhiculée dans cette fiction dénonce l'idéologie gestionnaire et ses pratiques associées comme productrices de cette violence.

Cette idée de violence psychologique induite par le management revient en force ces derniers temps avec la médiatisation des suicides au travail. A l'instar de ce film sorti en 2004, plusieurs documentaires récents « la mise à mort du travail » de J.R. Viallet, « j'ai très mal au travail » de JM Carré, des émissions de télévision et de radios mettent en cause le management dans le développement de la violence au travail. Cette thèse se trouve renforcée par les travaux de sociologues tels que Gaulejac (2005), le courant de la psychodynamique du travail (Dejours 1998, 2000, 2005) et clinique du travail (Clot 1998, Clot et Lhuilier 2006) et des travaux du courant critique en management (Alvesson et Willmott 1992). Ces essais, études, dénoncent l'évaluation des performances, les pratiques de GRH individualisées, le management par le stress, la terreur (Ariès, 2002) comme autant de pratiques inductrices de violence psychologique au travail. Paradoxalement, l'absence de management produit de la violence (Leyman 1996 et Fischer 2003). C'est cette ambivalence du rôle du management qui nous intéresse particulièrement dans la construction de la violence au travail. Afin de dépasser le stade de la dénonciation des stratégies et pratiques de management induisant de la violence, **il nous paraissait essentiel de faire un papier sur le rôle du management dans la prévention de la violence psychologique.**

L'angle de vue et la perception des phénomènes de violence psychologique dans les travaux de recherche semblent différer selon l'appartenance disciplinaire : médecine, sociologie, management, psychologie (Tragno M. et al., 2007). En France, les recherches évoquent les notions de harcèlement psychologique ou moral (Hirigoyen, 1998, Poilpot Rocaboy 2000, 2003, Ariès 2002), de placardisation (Lhuilier D., Grima et Muller 2006), de souffrance au travail (Dejours, 1998, 2000). Ces nouvelles tensions psychiques sont désignées souvent par la référence au stress « notion-enveloppe » (Aubert, Pagès, 1989). Les recherches anglo-saxonnes et canadiennes quant à elles, vont aborder le problème de la violence psychologique

en faisant référence au bullying¹, mobbing², « occupational stress » (Rapport IRSST, 2006), Plus rares sont les recherches qui utilisent le terme de « violence au travail » ou « violence at work » (Chappell et Dimartino 1998, Neuman et Baron, 1998). Cette notion de « violence au travail » prend toute sa signification lorsqu'on réintroduit les rapports de force qui ont jalonné la reconnaissance des problèmes de santé au travail. (Volkoff et Gollac 2006) évoque ce combat idéologique du lien santé-travail : pour preuve, le scandale de l'amiante (Thébaud-Mony, 2007).

Tous ces travaux de recherche sur la violence au travail ne présentent pas de définition consensuelle et englobent fréquemment la violence psychologique et la violence physique (Tragno et al, 2007). De fait, comme le soulignent Gollac et al. (2006), on peut se demander s'il est pertinent de dissocier les 2. La violence psychologique au travail proviendrait à la fois de facteurs psychosociaux et de facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations sociales. (Niedhammer, 2006). Elle est par définition non-visible, insidieuse, difficilement mesurable comparativement à la violence physique.

Nous avons fait le choix de nous intéresser à un milieu extrême dans lequel l'imbrication violence physique et psychologique est prégnante : l'hôpital psychiatrique. Les risques potentiels du travail en hôpital psychiatrique s'illustrent par de nombreux faits divers. Ils sont liés dans l'imaginaire collectif à la folie, dérèglement absolu, qui est par définition violente. Dans ces situations difficiles³, les soignants ont à faire face à de nombreuses formes de violence : physique, psychologique dans les échanges avec les patients, dans les échanges avec leur hiérarchie sous contraintes organisationnelles, dans les échanges interpersonnels. Ainsi, les situations de travail en milieu psychiatrique rendent compte de toute la complexité des phénomènes de violence : imbrication entre violence des patients et violence de l'organisation (violence interne, violence externe). Jauvin (2003) propose un modèle intégratif des formes de violence en présence dans un contexte de travail qui rend compte de la complexité du phénomène.

¹ Présenté comme des intimidations ou des brimades commises par un salarié envers un autre, en principe hiérarchiquement dépendant Il s'agit d'un abus hiérarchique vertical (Fischer, 2003).

² Défini par Leyman (1996, p.27) comme « l'enchaînement sur une assez longue période, de propos, d'agissements hostiles exprimés ou manifestés par une ou plusieurs personnes envers une autre, agissements qui pris isolément, pourraient sembler anodins, mais dont la répétition constante a des effets pernicieux ». Il s'agit en fait d'une persécution collective.

³ Les soignants de psychiatrie ont déclaré près de six fois plus que ceux travaillant en soins intensifs avoir été confrontés à des événements violents au moins une fois par mois. (Estryn-Behar M. et al. 2006)

Dès lors, il nous semblait intéressant de nous poser la question suivante : comment, dans un contexte comme celui-ci, les individus font-ils pour faire face à la violence ? Quels sont les mécanismes de régulation mis en place ? Et quel rôle peut avoir le management dans cette régulation ? Autrement dit, quelle est la marge de manœuvre et l'aide que le management peut apporter dans un milieu extrême dans lequel les échanges sont par nature empreints de violence ?

Afin de répondre à ces questions, la démarche de recherche privilégiée a été l'induction avec des retours à la théorie qui nous ont permis d'approfondir les résultats produits.

Méthodologie- Contexte de l'hôpital psychiatrique étudié

L'hôpital psychiatrique étudié comptait en 2008 environ 1600 agents dont 1100 soignants (dont plus de la moitié ont une ancienneté de plus de 15 ans) pour environ 400 lits avec une activité extrahospitalière (psychiatrie de secteur⁴). Le nombre de lits d'hospitalisation complète intra muros du centre hospitalier a diminué au profit du développement de structures alternatives à l'hospitalisation, de la psychiatrie de liaison, et de l'implantation de services d'urgences psychiatriques dans les hôpitaux généraux. Les capacités de lits de l'établissement paraissent proches de la saturation d'après le rapport de la chambre régionale des comptes publié en juillet 2006.

Après signature d'une convention de recherche avec l'établissement, le recueil des données s'est effectué dans un premier temps, par entretiens auprès du personnel. Deux secteurs différents ont fait l'objet de l'étude, 1 unité d'admission (les patients admis sont en situation de crise) et 3 unités complémentaires (les patients admis sont dits « stabilisés ») de l'hôpital psychiatrique considéré. Nous nous sommes focalisés sur l'activité intrahospitalière au regard du taux d'absentéisme pour cette étude qualitative. Comme le soulignait un cadre supérieur de santé, les dysfonctionnements institutionnels ont plus de répercussions en interne qu'en externe.

Après avoir mené un entretien avec les cadres supérieurs de santé, nous avons pu constituer un échantillon varié du personnel. L'objectif était d'interroger toutes les catégories de personnel de tout âge et de toute ancienneté. Au total, nous avons pu produire et retranscrire

⁴ Les secteurs correspondent à un découpage géographique qui fait correspondre une densité de la population (en moyenne 80 000 habitants) avec une équipe pluridisciplinaire de soins qui la prend en charge. La politique de secteur vise la prévention de l'hospitalisation.

les perceptions de 22 personnels : 2 cadres supérieurs de santé ; 3 cadres d'unité ; 8 infirmières psychiatriques ; 5 aides-soignantes ; 4 agents de service hospitalier (ASH). Les entretiens d'une durée de 1h30 en moyenne se sont déroulés sur le lieu de travail sur une période de 5 mois. Les différents contacts nous ont permis à la fois de nous rendre dans les parties fermées et ouvertes des unités concernées et d'observer la vie des patients et le quotidien de l'activité de soignant. Les entretiens, enregistrés, ont donné lieu à une retranscription intégrale.

Ce sont donc, les ressentis, les discours des personnels soignants (IDE, AS) et non soignants (cadres d'unités, ASH) qui nous ont intéressés. Notre présence a sans doute contribué à la construction du discours sur les situations de travail vécues.

C'est plus en termes de compréhension que d'explication que nous avons envisagé l'étude des situations de travail pour faire émerger toutes les formes de violence. Représentée communément sous la forme d'un mouvement destructeur (Encyclopédie de philosophie, 2002, p.1658), la violence, selon Mafessoli (1984, p.14), est par définition hétérogène, « à la fois destructrice mais aussi parfois source de vie ». D'après lui, la violence serait un structurant collectif si on arrive à la contrôler, à la canaliser pour s'en servir à des fins créatrices. Les mécanismes de régulation revêtent donc un enjeu essentiel dans la canalisation de la violence des échanges.

La théorie de la régulation sociale de J. D. Reynaud (1997) nous servira de grille de lecture tout au long de ce développement. Dans un premier temps, nous développerons les mécanismes de régulation autonome face à la violence, puis dans un second temps le rôle du management face à la violence grâce aux mécanismes de régulation de contrôle.

I. Les mécanismes de régulation des soignants face aux échanges violents

Le premier type de mécanismes de régulation mise en œuvre face à la violence est de nature autonome au sens de J.D. Reynaud (1989). Autrement dit, ces mécanismes d'ajustements sont développés par le groupe de soignants lui-même.

La violence des échanges en hôpital psychiatrique est liée en partie à la violence de la relation avec les patients. Effectivement, les soignants des services de psychiatrie en France déclarent être confrontés à la violence des patients plus d'une fois par mois (Estryn-Behar, 2006).

Cependant, d'autres formes de violence plus psychologiques nécessitent une régulation de la part du personnel : celle liée à l'exercice de la violence sur les patients (mise en chambre d'isolement) ; celle liée aux échanges relationnels patient/soignant amputés par les contraintes organisationnelles ; celle liée aux échanges entre ASH et corps médical ou encore celle liée au manque de soutien ressenti lors de situations difficiles. Pour chacun de ces échanges, des mécanismes de régulation collective et individuelle sont à l'œuvre pour tenter de réduire l'impact de cette violence et éviter qu'elle ne se transforme en souffrance. Le développement suivant fait ressortir 8 mécanismes de régulation dont 4 ajustements collectifs et 4 ajustements individuels.

1.1. Les mécanismes de régulation autonome : du déni à la dérision

A travers l'analyse des entretiens, quatre mécanismes de régulation collective sont identifiés.

Le **premier mécanisme de régulation** de la violence dans la relation soignant-patient identifié est **le déni ou tout du moins l'acceptation du danger potentiel** dans la relation avec les patients. La censure psychique aide les soignants à faire face aux exigences de leur travail et aux risques potentiels encourus. Comme pour les danseurs contemporains (Sorignet, 2006), la mise en danger du corps fait partie intégrante de l'identité professionnelle.

« on s'est tous fait taper dessus...notamment une fois où je me suis pris une gifle monumentale...mais c'était en chambre d'isolement, la malade était complètement délirante, j'avais 2 collègues avec moi...bon, elle m'a brisée mes lunettes, on l'a maintenue mais j'ai pas vécu du tout ça comme une atteinte personnelle, c'était dans un contexte délirant, c'était mon rôle de soignant, ça faisait partie des petits soucis que je pouvais rencontrer...voilà, voilà....ça fait partie des aléas du métier. (Infirmier psychiatrique).

La violence est un phénomène socialement construit. Elle est la transgression des valeurs d'un groupe à un moment donné. Elle contient donc une part de relativité et la perception de ce qui est acceptable répond à des normes, elles-mêmes évolutives en lien avec des schémas de pensée intériorisés par le groupe. La violence acceptable, normale décrite par les soignants est celle des véritables psychoses, des « grands fous ». Cette conception de la violence est liée à l'identité professionnelle de soignants en psychiatrie :

Moi, je préfère la prise en charge du patient en crise aiguë...Je me trouve bien dans ce secteur même si maintenant j'en changerai bien...il s'établit des rapports particuliers avec les patients...j'ai une espèce de fidélité à ce service. Ici c'est assez routinier...je suis contente quand je repars aux admissions. (Infirmière psychiatrique)

Paradoxalement, les valeurs des soignants (infirmière, aide-soignante) en psychiatrie ont été intégrées par les Agents de Services Hospitaliers :

« Mustapha hier il a pleuré 10 minutes sur mon épaule et d'un seul coup il m'a donné un coup de poing...mais je réagis assez bien par rapport à ça, je sais qu'il est malade...je comprends....ça ne me traumatise pas » ... (un ASH).

La perception de leurs conditions de travail par les soignants en psychiatrie montre que l'exposition à la violence y est forte mais que la violence est perçue comme évitable (Estryn-Behar, 2006). L'évitement de cette violence se fait à travers les compétences développées dans le métier de soin en psychiatrie : l'écoute du patient.

Ainsi, le **deuxième mécanisme** de régulation identifié qui permet de canaliser la violence des patients, entre eux, contre eux-mêmes et contre les soignants est lié au métier : **l'écoute**.

« C'est uniquement par la présence et par l'écoute que l'on peut anticiper les moments de violence. Mais les problèmes d'effectif génèrent une augmentation de la violence à cause du problème d'écoute ». (Cadre d'unité)

L'importance de l'écoute, d'un savoir-faire non formalisable est mise en évidence dans les témoignages des soignants en psychiatrie (Collectif infirmier, 2007). Le terme « relationnel » est cité à chaque fois dans les entretiens aussi bien par les infirmières, les aides-soignantes, les cadres que les ASH. Ceci met en évidence l'importance de cette dimension dans les valeurs, la culture de professionnels. Bien que la médicalisation ait fortement modifié l'activité de soin dans la perception des soignants, la nature de l'activité pour les professionnels restent essentiellement relationnelle (Estryn-Behar, 2006).

Les contraintes organisationnelles, cependant, empêchent la mise en place de ce mécanisme de régulation de la violence. Par manque de temps, de personnel, l'indisponibilité, la perte de relation avec le patient ont été très longuement évoqués par les soignants et ne permettent pas d'anticiper, de prévoir, de « construire les savoir-faire de prudence » (Cru D. 1987), c'est-à-dire des manières de faire qui prennent en compte la prévention et la gestion des risques. Nous pouvons faire l'analogie avec les résultats d'une étude menée en univers carcéral s'intéressant à la relation détenu-surveillant (Lhuilier, 2006). Celle-ci montre la construction de « savoir-faire de prudence » dans les situations difficiles grâce à la réintroduction de l'échange entre détenu et surveillant.

Le changement de nature de l'activité réduit le champ de portée de cette régulation. Effectivement, l'activité des soignants se transforme : l'activité administrative augmente au détriment du temps passé avec les patients, de l'écoute qui est à la base de l'activité de soin clinique. Or, c'est l'écoute, la discussion, la parole, pratiques auxquelles sont formés les soignants en psychiatrie, qui sont fondamentales dans la prévention de la violence (Dejours, 2005). Le contexte étudié présente une augmentation des situations d'agressions, de violence avec les patients⁵. Celles-ci traduisent une perte de repères du personnel soignant face à l'évolution de la population de patients et de leurs pratiques du soin. Ce n'est pas tant le risque lui-même qui pose problème (risque lié à la dangerosité de la folie) mais plutôt le sentiment d'être exposé au danger sans possibilité de s'ajuster à ces nouvelles situations de travail. C'est donc une évolution de ce mécanisme de régulation à laquelle nous assistons et qui requiert sans doute une attention toute particulière de la part du management. (cf 2^{ème} partie)

Les contraintes organisationnelles : manque de personnel, d'infirmières induisent un **3ème mécanisme** de régulation de la violence en situation de crise : **le glissement de tâches**

Ces glissements de tâches s'opèrent entre ASH et aide-soignante et entre aide-soignante et infirmière. En effet, dans les situations de crises, la solidarité d'équipe dépasse les cloisonnements catégoriaux des protocoles infirmiers, comme pour la mise en chambre d'isolement. Dans l'hôpital considéré, ces glissements de tâches s'opéraient dans le fonctionnement au quotidien à cause du manque de personnel et pour préserver un peu de disponibilité et d'écoute auprès du patient.

Enfin, le dernier et **4ème mécanisme** de régulation collective des soignants repéré est la **dérision**. La dérision sert à décompresser, à évacuer les difficultés ressenties :

« Il y a un patient qui n'arrête pas de nous insulter mais on en rit beaucoup parce qu'il va avoir une discussion cohérente pour demander un truc et puis il va repartir sur les insultes ». (ASH)

« On rit beaucoup, ça nous permet de décompresser...la dérision c'est très important. Avec les collègues ça se passe très bien ». (Infirmière psychiatrique)

⁵ Augmentations considérables en 4 ans des fiches incidents remplies par les soignants, liées à une agression d'un patient dans la structure.

Tous ces mécanismes de défense pour atténuer l'impact de cette violence ou la canaliser se construisent à travers l'identité professionnelle. Ceux-ci sont complétés par d'autres mécanismes de défense cette fois-ci individuels.

1.2. Les mécanismes de régulation individuelle : de la peur à la sortie organisationnelle

Face aux situations de violence, d'autres formes plus individuelles de régulation sont mise en évidence à travers l'analyse du discours des soignants. Nous avons identifié 4 mécanismes de régulation individuelle de la violence générée par les échanges.

Le premier mécanisme de régulation individuelle identifié : la peur

La peur est une stratégie individuelle de régulation de la violence qui est utilisée parfois par les soignants. Certains avouent ne plus faire les nuits car ils ont peur du danger étant donné le faible effectif de nuit, ils ont peur de se retrouver seul. Ils disent être admiratifs des collègues qui font les nuits. De la même façon, peu de soignants osent s'aventurer dans la partie fermée, là où sont les cas les plus dangereux :

« J'aimerais qu'il y ait plus d'investissement professionnel dans la partie fermée et maintenant j'exige d'eux qu'ils soient plus présents dans la partie fermée même s'il y a de la peur : notamment parce qu'ils sont seuls et alors c'est très difficile ». (Cadre d'unité).

Cette cadre pointe du doigt la difficulté de résoudre le problème de personnel dans les parties fermées face à la peur d'être seul dans les unités plus dangereuses. Dans la seconde partie de cet article, nous verrons comment le management peut tenter de résoudre ce problème sans adopter une approche purement directive.

2^{ème} mécanisme de régulation individuelle : l'arrêt maladie

L'arrêt maladie est parfois utilisé par les soignants pour se préserver et dans les situations où le management est absent :

« Dans l'unité long séjour, c'est calme, les patients ont des années d'hospitalisation, en unité d'admission c'est plus dur. Ce sont des situations de violence que je n'arrive pas à gérer. J'y suis restée 3 ans...j'ai eu une expérience avec une patiente alcoolisée qui m'a traitée de tous les noms, menacée de mort...c'était de la violence verbale. Je l'ai signalé, rien n'a été fait pendant 3 mois...je venais travailler avec la peur au ventre tous les jours...elle m'avait pris en bouc émissaire...le médecin n'a rien fait. J'avais le soutien de l'équipe mais le cadre d'unité n'a pas réagi...on disait que c'était de ma faute, il fallait pas rentrer dans son jeu...on m'a dit d'être plus cool avec elle mais c'était pas lui rendre service. Alors je me suis mise en arrêt maladie pour ça...j'ai fait des périodes de 15 jours...j'ai eu 3 mois d'arrêt maladie alors que je n'en avais jamais eu, j'ai jamais été absente. J'en ai parlé avec mon médecin traitant mais pas ici...on travaille dans la psy mais on n'est pas aidé.

Les arrêts maladie me permettaient de m'échapper...je connais une personne qui est restée 6 mois en arrêt maladie pour la même raison ». (aide- soignante)

L'arrêt maladie pour préserver sa santé peut permettre à long terme de supporter les situations de travail difficile et donc de réduire l'impact des situations violentes qui pourraient conduire à l'épuisement professionnel. L'étude de Matocchio et Jimeno (2003) confirme ce lien : les absences dépendent des affects et peuvent générer de la performance aussi bien négative que positive en fonction de la personnalité.

La rupture temporaire de la situation de travail dans le cas de l'arrêt maladie peut se transformer en rupture totale. Nous avons cerné deux cas de figures de violence ressentie ayant ce fort impact.

3^{ème} mécanisme : le départ de l'organisation

Deux cas de départ différents ressortent : ceux qui partent à cause de la violence des patients et ceux qui partent parce qu'ils ne supportent plus la violence qu'ils exercent sur les patients.

« J'ai été agressée et en arrêt pendant 1 semaine...ma collègue n'a pas supporté et elle n'est jamais revenue. Elle était enceinte en plus, on a essayé de la protéger au maximum. Elle ne travaille plus à l'hôpital. » (Infirmière psychiatrique).

L'agression de la part d'un patient a dans ce cas provoqué un impact psychologique fort qui a conduit au départ de l'hôpital.

De la même façon, la violence psychologique ressentie par rapport à la violence exercée sur le patient peut conduire à un malaise et entraîner le départ comme mode de régulation de cette forme de violence. Goffman (1968) montre bien l'ambivalence du métier de soignant : à la fois guérir les malades par l'activité thérapeutique mais aussi neutraliser les déviants (dangereux pour eux-mêmes et pour autrui) pour des exigences de sécurité. Les soignants utilisent donc la violence physique et psychologique contre les patients lors de l'isolement :

« Quand on est obligé d'isoler un patient. Parfois, il n'y a pas de solution...Medhi parfois il est isolé 2 ou 3 fois par semaine...parce que Medhi quand il frappe c'est méchant...je supporte pas de l'emmener en chambre....après la chambre d'isolement, je suis pas bien, je tremble....j'en parle avec les collègues, ça me fait du bien. Moi, je suis une fille émotive et dans les situations de stress, c'est pas facile... j'essaie de prendre sur moi...c'est en partie pour ça que j'ai décidé de partir. Je ne me vois pas finir ma carrière ici. Il n'y a pas d'issue pour nous... » (Infirmière psychiatrique)

Cette violence de la mise à l'écart du reclus par la mise en chambre d'isolement est largement décrite par Goffman (1968) qui assimile l'hôpital psychiatrique à une institution totalitaire.

La perception des patients va effectivement dans ce sens :

Une fois, on a eu une patiente pour laquelle on a essayé un nouveau protocole et ça n'a pas marché...elle a été mise en chambre d'isolement car elle se mettait en danger (automutilation), ça n'a pas été facile. La chambre d'isolement, ce n'est pas une punition, c'est pour protéger le patient contre sa violence mais souvent c'est ressenti comme une prison, c'est la façon dont le vit le patient mais on ne peut pas faire autrement....c'est difficile parfois. (Infirmière psychiatrique)

Enfin, nous identifions un dernier mécanisme de régulation qui, lui, ne concerne qu'une partie du personnel : les ASH. Effectivement, nous avons pu constater une violence des échanges provenant du corps médical envers les agents de services hospitaliers qui ne font pas partis du corps des soignants. Pourtant, comme nous l'avons souligné précédemment, ceux-ci ont intégré les valeurs auxquelles se réfèrent les soignants.

4^{ème} mécanisme : le retrait dans le travail pour les ASH

La stratégie de retrait dans le travail sans sortir de l'organisation est parfois utilisée en réaction à la violence des échanges. Ce mécanisme de régulation produit par les Agents de Services Hospitaliers se construit en réaction des échanges avec les médecins et l'encadrement :

« Les relations avec les médecins sont difficiles...ça dépend des médecins. Les internes, c'est à peine si on nous dit bonjour...Le statut ASH est dévalorisée alors que notre intérêt au travail augmente car notre rôle évolue, on a plus de contacts... on apprend beaucoup de choses sur les patients de façon informelle alors qu'on ne participe pas aux transmissions. Alors moi maintenant, je le garde pour moi ». (ASH)

« Aujourd'hui on assiste plus aux réunions, c'est terminé. Le cadre d'unité s'est concerté avec la surveillante chef. Le prétexte énoncé est la confidentialité/ aux patients. Alors que moi je peux vous dire que l'on sait plein de choses sur les patients en vidant leur poubelle...c'est très parlant : on voit les problèmes d'alcoolisme, d'obésité et on voit les sels de toilette, les vomissements. Certains cadres ont oublié qu'ils étaient en psychiatrie...alors moi je ne transmets plus les informations » (ASH).

Le retrait du travail grâce à la rétention d'information est vécu difficilement par les ASH. Les rapports de domination rejaillissent avec une certaine violence à l'hôpital. Les incivilités, le fait de ne pas dire bonjour, de mettre à l'écart peuvent être considérés comme de la persécution au travail au sens de Leyman (1996).

Après avoir mis en évidence les différentes formes d'ajustements du personnel pour faire face aux échanges violents, nous prolongerons l'analyse en terme de régulation en se centrant, cette fois-ci, sur les formes de régulation de contrôle mise en place par le management.

II. Que peut faire le management pour réguler ces violences ?

Face à cette violence multiforme et pour aider dans la canalisation de la violence des échanges en hôpital psychiatrique, le management se doit de repérer ses marges de manœuvre, de créer, d'inventer des formes de régulation nouvelles.

Dans cette partie, seront présentés à la fois les mécanismes provenant d'une régulation de contrôle, autrement dit ajustements produits par la direction et à la fois les mécanismes pouvant relever de la régulation conjointe. Le but sera de mettre en exergue dans un premier temps la contribution possible de la régulation de contrôle à la régulation autonome autrement dit : comment les règles produites par la direction peuvent elles favoriser la régulation autonome. Dans un second temps, nous proposerons l'idée de développer une régulation conjointe pour améliorer les chances de réduction de la violence.

2.1. Mécanismes de régulation de contrôle

Les mécanismes de régulation de contrôle identifiés dans le contexte peuvent être classé en deux catégories : ceux qui agissent sur les structures et ceux qui agissent sur les comportements.

Les mécanismes agissant sur les structures : Nouvelles formes d'organisation du travail

Le Rapport Bressol du Conseil Economique et social en 2004 pointait le rôle de l'organisation du travail dans la dégradation de la santé psychique et soulignait la nécessité de repenser les formes d'organisation du travail. Effectivement, une première marge de manœuvre existe au niveau de l'organisation du travail pour réduire les dysfonctionnements qui génèrent de la violence. Dans le milieu psychiatrique et dans l'hôpital étudié en particulier, des formes nouvelles d'organisation ont été inventées :

« Le problème (de la violence) n' est pas nouveau c'est pour cela qu'on a créé une structure d'accueil pour prendre en charge les personnes ayant des crises aiguës pendant 48h avant de les répartir dans les services. Le but est donc le désengorgement des services » (cadre supérieur de santé).

L'organisation du travail a donc été repensée de façon à canaliser les situations de crise par la mise en place d'une structure filtrant les admissions. La psychiatrie de secteur avec les CMP (Centre Médico-psychologiques), l'hôpital de jour...et d'autres formes organisationnelles en réseau, sont des innovations organisationnelles majeures qui participent à la mise en place de solutions alternatives à l'institution totalitaire productrice de violence qu'est l'hôpital psychiatrique. En effet, la politique de secteur s'est développée dans les années 80 : à chaque secteur de population a été attribuée une équipe pluridisciplinaire : médecins, infirmiers, psychologues, assistantes sociales qui organise les soins de proximité. Cela permet d'éviter la concentration d'échanges violents que l'on retrouve dans les institutions fermées.

Par ailleurs, une analyse sous l'angle ergonomique et architecturale permettrait sans doute d'apporter des améliorations. En effet, l'hôpital est composé de petit pavillon dont la disposition en U pour certains ne favorisent pas la réactivité, la prévention et l'anticipation des situations violentes. Les travaux menés par Estryng-Béhar (2001) mettent en évidence l'importance de l'approche ergonomique pour comprendre l'activité réelle de travail et par là même la qualité des soins. D'après cette approche, la dimension architecturale explique l'abandon de l'aspect relationnel au profit de l'aspect technique des soins. Ce qui, comme nous l'avons vu précédemment ne permet pas la construction de savoir-faire de prudence.

Les mécanismes de régulation agissant sur les comportements : les outils RH à repenser

Dans la première partie nous avons évoqué l'augmentation de fiches d'incident remplies par les soignants lorsqu'ils se sentent agressés par un patient. Ainsi, l'apparition d'une violence qui n'est plus acceptable se généralise d'après les soignants :

Pas plus tard qu'hier on a eu une situation de violence...de part les âges et la mixité des pathologies, ça arrive souvent. Un patient s'est énervé : c'est le chien qui se mord la queue : le 2ème fonce sur le 1er... hier j'ai reçu un coup de poing mais c'est pas grave...pour un malade mental, j'excuse tout à fait par contre quand c'est intentionnel (toxico...) ça j'excuse pas, je fais une fiche d'incident. (Infirmière psychiatrique)

Ceci rejoint les résultats de l'étude d'Estryng Béhar (2006) sur la violence des patients vécus difficilement par les soignants face à l'évolution de la population de patient :

« Les gens face à la violence des psychoses arrivaient à donner un sens à la violence, et on la gérait. C'était normal...la maladie générait de la violence. Aujourd'hui on a des formes de violence comme les incivilités, les agressions physiques et verbales...ce sont des phénomènes qui apparaissent. Les infirmiers portent plaintes/ malades parce qu'ils ne reconnaissent pas la maladie des patients qui ont des troubles de comportement et donc ce n'est pas normal....Quand la personne est délirante, ce n'est pas de sa faute mais sinon ça devient un acte de délinquance pour lequel le patient est mise en cause dans sa responsabilité individuelle. » (Cadre supérieur de santé).

Ces fiches d'incidents remises au médecin du travail ne sont, aujourd'hui, pas utilisées par le management. Ces fiches pourraient devenir un outil de gestion de la violence ressentie par les soignants. Effectivement, en les analysant, des invariants caractéristiques des situations considérées peuvent émerger et constituer des voies d'entrées pour réguler la violence et la repérer par services.

Une autre voie d'entrée de la régulation de la violence se fait par la gestion des plannings. En effet, l'écoute, la disponibilité des soignants sous contrainte organisationnelle passent, en partie, par la bonne gestion des plannings :

« Moi j'ai en charge l'organisation du service infirmier, le but étant de faire fonctionner les structures, de définir un effectif mini, d'établir les plannings. La règle c'est 3 le matin, 3 l'après-midi et 2 la nuit. L'équipe se régule pour les plannings...On le fait toutes les 4 semaines pour les 8 semaines à venir. Le rôle du cadre est de rééquilibrer le planning ». (Cadre supérieur de santé)

Cependant, le planning est perturbé par les absences non prévues, il serait intéressant de prévoir plusieurs scénarios possibles en cas d'absences non prévues pour amortir les difficultés rencontrées. Par exemple, il arrive que certains soignants se retrouvent seuls de nuit dans un pavillon même si un outil d'alarme existe, la dynamique d'appeler un renfort n'est pas la même que celle d'avoir du soutien sur place :

« On a un système de protection : APTI (appareil pour travailleur isolé) qui est dans la poche. Et la personne peut appeler en renfort tous les autres services. Après une situation difficile, les médecins interviennent. Il faut beaucoup de discussion et du temps pour récupérer. » (Cadre d'unité)

Repenser la gestion des plannings pour faciliter la polyvalence d'un pavillon à l'autre quand c'est nécessaire et possible pourrait réduire les dysfonctionnements liés au manque de personnel.

Par ailleurs, la présence d'hommes semble réduire la violence des échanges :

L'ambiance change aussi lorsqu'il y a des hommes et des femmes. La voix, ça les calme...une équipe mixte c'est plus rassurant. On manque d'hommes. L'équipe volante ce n'est pas une solution car si les patients voient beaucoup de blouses blanches d'un seul coup, ça peut dégénérer. Il vaut mieux qu'il y

ait une permanence des gens de l'unité. L'équipe de renfort vient des autres unités et ce sont surtout des hommes. (Infirmière psychiatrique)

Avant il y avait beaucoup d'hommes et donc une certaine « canalisation » de la violence... Quand il y a un infirmier, tout va bien mais il n'y a pas suffisamment d'hommes. (ASH)

Une marge de manœuvre existe au niveau du recrutement des soignants. En effet, ne peut-on pas envisager d'introduire plus de mixité dans les équipes de soignants en revoyant la répartition des permanents et en mettant en place des pratiques de recrutement favorisant la présence d'hommes.

Enfin, le dernier outil à disposition du management est l'outil formation :

« Il y a eu une période d'extrême violence dans un pavillon : menaces, provocations... on venait travailler la peur au ventre la nuit et j'avais demandé une formation moi qui pensait pouvoir gérer cette situation. Une demande sur une formation « violence et agressivité » qui m'a été accordée 7 ans après. (Infirmier psychiatrique)

Dès lors, il convient de travailler sur cet outil pour le proposer au moment approprié, mesurer son efficacité de retour de formation dans les situations de travail.

Les marges de manœuvres du management ainsi révélées, il nous reste à identifier les mécanismes de régulation conjointe.

2.2. Favoriser la mise en place de mécanismes de régulation conjointe

Des solutions d'ajustements peuvent être créées par un travail collaboratif entre direction et soignant, entre managers et managés. Ceci dans le but de résoudre les dysfonctionnements institutionnels porteur de violence.

Redonner du sens au travail

Une violence liée cette fois-ci aux relations avec l'encadrement et aux contraintes organisationnelles émerge des entretiens menés :

« Les relations sont plus dures avec la hiérarchie qu'avec le patient » (infirmière psychiatrique).

« Souvent ce sont les patients qui viennent nous voir pour nous avertir du problème. On prend pas le temps pour chacun, c'est un peu à la file indienne... on n'a pas le temps de discuter, on rentre dans leur chambre, on fait leur toilette, on les assoit dans un coin et au suivant... c'est une espèce d'abattage. Là, la qualité de la prise en charge... » (Infirmière psychiatrique).

Les résultats de l'étude quantitative internationale sur les soignants en psychiatrie d' Estryn-Behar et Al (2006), auprès d'un large échantillon choisi pour l'enquête PRESST-NEXT, corroborent les dires précédents : ils mettent en évidence à la fois un manque de soutien psychologique ressenti par les soignants ainsi qu'une insatisfaction liée à la qualité des soins.

Les manifestations de la violence liée dans ce contexte se traduisent dans le discours par l'empêchement du pouvoir agir (Clot Y, 1998) :

« J'adore ce que je fais mais je n'ai plus les moyens de faire comme je voudrais faire....Moi depuis 4 ans j'ai envie de partir... » (Infirmière psychiatrique)

Ces conflits de valeurs sur la qualité qui ressortent dans les études (Borgès Da Silva, 2003) induisent une pénibilité morale comme le souligne l'étude PRESS-NEXT (Caillard, 2005). Les expressions telles que « *gardes-malades* », c'est une « *espèce d'abattage* » montrent bien le désarroi dans lequel se trouvent les soignants face à cette situation. Cette perte de sens du travail du au conflit de valeurs sur la qualité est renforcé par l'étude de la DREES (2005). Les soignants n'ont plus l'impression de faire du bon travail et perçoivent une détérioration des soins dans la relation soignant/soigné. Détérioration des soins que confirme l'apparition d'un nouveau phénomène, constaté par les psychiatres, dû au raccourcissement de la durée des séjours apparaît : le syndrome de la porte tournante. C'est-à-dire qu'un grand nombre de malades sortent rapidement après leur admission et retournent à l'hôpital peu après leur sortie (Castro et al. 2007).

D'après Wieviorka (2005) la véritable dimension de la violence est la manifestation d'une fêlure, voire d'une fracture du sujet, dans les moments où le sens se dérobe, se distord ou s'emballe. Or, la perte de sens du travail est fortement ressentie par le personnel soignant. Il semble donc nécessaire de travailler à cette reconstruction de sens dans deux directions : celle de la qualité des soins, et celle du soutien psychologique.

Renforcer le soutien social

Afin de prévenir la dégradation de la santé au travail, le soutien social a un rôle primordial. Le rôle du management serait d'accorder une attention toute particulière au soutien social existant dans son organisation, que ce soit le soutien hiérarchique ou le soutien entre collègues. De nombreuses études ont montré que les coopérations construisent la santé dans le travail. Le soutien social (soutien des collègues et des supérieurs) est en effet essentiel pour maintenir et préserver la santé psychique (Karazek, 1990).

Ainsi pour renforcer le soutien social au sein de l'institution, nous avons identifié deux pistes sur lesquelles travailler : la première consiste à repenser les pratiques d'individualisation, la seconde à former les managers au management participatif et à leur rôle de médiateur dans la gestion des conflits.

L'individualisation des pratiques de Gestion des ressources humaines a des conséquences sur les collectifs de travail et sont potentiellement destructrices des solidarités existantes. .

Les soignants dans l'ensemble perçoivent mal l'individualisation du travail alors que la nature de l'activité nécessite une forte solidarité face à la violence des patients et aux contraintes organisationnelles comme nous l'avons vu dans cette première partie.

L'encadrement peut jouer un rôle essentiel dans la régulation de la violence en développant un style de management participatif car comme le montre l'étude de Mackie et al. (2001), il existe un lien positif entre management participatif et atténuation des phénomènes de stress et dépression. Par ailleurs, le rôle de manager-médiateur (Stimec, 2008) que peut avoir le management de proximité, permettraient de gérer certaines situations :

« Le patient qui nous a agressé avec des ciseaux a été mis en chambre d'isolement. Moi, je suis revenue le lendemain parce que sinon ça aurait été difficile après...Après ça a été repris par les médecins mais ça a été très superficiel. La psychologue du service m'a proposé de venir la voir mais je ne suis pas sûr si j'en avais eu besoin que je serai allé la voir...j'aurais été voir quelqu'un à l'extérieur. Le patient a été déclaré responsable de ses actes. Moi, j'ai trouvé qu'on avait été très moyennement soutenues. On avait choisi de prendre contact avec un avocat extérieur et on ne nous a pas facilité les démarches....il n'y a pas eu de représentant de l'hôpital avec nous lors du jugement et personne ne nous a demandé ce qu'il en était advenu » (infirmière psychiatrie)

Cet accompagnement à la gestion des conflits entre soignants et patients nécessite en effet, une prise de distance avec la situation que peut développer le manager à travers son rôle de tiers.

Enfin, une dernière piste en matière de régulation concernerait une autre forme de violence que nous avons évoquée dans le développement : la violence symbolique. Bourdieu (1994) parle de violence symbolique⁶ pour qualifier la violence douce exercée par les rapports d'exploitation, rapports d'exploitation des soignants envers les soignés, du corps médical

⁶ Celle-ci impose tout un travail de dissimulation et de transfiguration de la vérité objective de la relation de domination. « Ces rapports de violence symbolique ne peuvent s'instaurer qu'avec la complicité de ceux qui les subissent. Le dominé collabore à sa propre exploitation à travers son affection ou son admiration » (Bourdieu P., 1994, p.198)

envers ceux qui n'en font pas partie, du management envers le personnel. Là encore, le management peut avoir un rôle à jouer dans la régulation de cette violence. Pour réduire la violence symbolique sur les patients, il peut travailler sur les nouvelles formes d'organisation du travail ; pour réduire celle du corps médical, il peut proposer des formations de respect des autres..., pour réduire celle liée au management, il peut se dégager du management orthodoxe pour repenser les pratiques. En effet, « certaines techniques de management peuvent même s'assimiler à un véritable travail de naturalisation de la relation de domination » (Golsorkhi et Huault, 2006, p.22). C'est pourquoi, il semble important de repenser celles-ci, comme par exemple l'individualisation des pratiques pour éviter leur mise en place dysfonctionnelle dans des contextes spécifiques.

Conclusion

A travers ce développement nous avons voulu mettre en évidence non pas le management comme facteur de violence mais plutôt le management comme potentiellement réducteur de violence. Ce papier s'inscrit dans le courant de recherche de la « GRH critique » (Cazal, 2008)

Plusieurs formes de violence émergent de l'analyse des entretiens, les violences interpersonnelles : patients soignants, soignants-patients, médecins-Agent de Service hospitaliers, patients contre eux-mêmes ; les violences organisationnelles : contraintes des structures, contraintes de temps, les violences symboliques sur les soignants, sur les patients, sur les cadres. Elles font toutes l'objet de mécanismes de régulation existants ou potentiels.

L'apport principal de cette recherche est d'avoir mis en évidence les mécanismes de régulation de cette violence au travail qu'elle soit physique ou psychologique dans le contexte de l'hôpital psychiatrique. Il nous a paru impossible de séparer ces deux phénomènes dans le contexte étudié.

L'autre apport se situe au niveau pratique puisqu'il met en évidence l'aide du management dans cette régulation. Il serait intéressant de voir si certains mécanismes de régulation sont transposables dans des univers différents où la violence est forte.

« Pour comprendre ce qui se passe dans une société, il faut toujours regarder ce qui se passe à la marge » (Michel Foucault).

Références

- Alvesson M. et Willmott H. (1992) *Critical Management Studies*, Sage publication.
- Ariès, P. (2002) *Harcèlement au travail ou nouveau management ?*, Editions Golias, Paris.
- Aubert N., Pagès M. (1989) le stress professionnel, Paris, Edition Klincksieck.
- Borgès Da Silva G. (2003) « la qualité des soins en hôpital psychiatrique : revue de littérature et perspectives », *Santé Publique*, vol.15, n°2, pp. 213-222.
- Bourdieu P. (2003), « La fabrique de l'habitus économique » *Actes de la recherche en sciences sociales*, n°150, 5 p.79-90
- Bourdieu P., (1994), *Raisons et pratiques, Théorie sur l'action*, Paris, Seuil.
- Brient P. (2007) « les effets de la formation sur site auprès des soignants d'unités en psychiatrie générale : bilan d'une expérience », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, Edition ERES, n°4.
- Caillard J-F. (2005) responsable scientifique « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe », Résultats de l'enquête PRESS-NEXT.
- Castro B., Bahadori S., Tortelli, Ailam L., Skurnick N., (2007) «Le syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006», *Annales Médico-psychologiques*, 165, pp.276-281.
- Cazal D. (2008), « Recherches et critiques en GRH : intérêts, connaissance et action », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°70, pp. 69-87.
- Chanlat J-F. (1990). « Stress, psychopathologie du travail et gestion » dans Chanlat et al. *L'individu dans l'organisation : les dimensions oubliées*, Edition Eska, PU de Laval.
- Chappell D. et Vittorio DiMartino, *Violence at Work*, Geneva: International Labour Office, 1998.
- Clot Y. Lhuilier D. (2006) « Perspectives en clinique du travail », *Nouvelle revue de psychosociologie*, n°1, mai.
- Clot Y., (1998) *Le travail sans l'homme ? Pour une psychologie des milieux de vie au travail*, Edition la découverte, Paris, réédition.
- Collectif infirmier (2007) « A l'écoute de la folie avec un collectif d'infirmiers en psychiatrie », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°4, pp159-181.
- Cru D. (1987) « les règles du métier » dans C. Dejours, *Plaisir et souffrance dans le travail*, p.29-42.
- Dejours C. (2000). *Travail et usure mentale*, Bayard, Paris, 2^{ème} éd.
- Dejours C. (2005) Travaux préparatoires du plan Violence et santé, commission « violence, travail, emploi, santé », Conseil économique et social.
- Dejours C., (1998) *Souffrance en France*, Edition du Seuil, Paris.
- Dejours C.(2001) *La psychopathologie du travail : facteurs de risque et modalités de prévention* » sous la direction de C. de Tychey, *Peut-on prévenir la psychopathologie ?* , Paris, L'harmattan.
- DREES (2005) *Post-enquête conditions et organisation du travail dans les établissements de santé* de M. Gheorghin et F. Moatty, juin.
- Estryn-Behar M. (2001), « Accréditation et qualité des soins hospitaliers. Interface entre les normes et référentiels, et l'activité de travail réelle des soignants », *Actualité et dossier de santé publique*, n°35, pp.71-73.
- Estryn-Behar M. (2006), « Mots à maux...Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Etude comparative en France et dans trois autres pays européens », *Annales Médico-psychologiques*, n°164, p.732-748.
- Fischer G.-N., *Psychologie des violences sociales*, Edition Dunod, Paris, 2003.
- Gaulejac V. (2005) *La société malade de la gestion*, Edition du seuil.
- Goffman E. (1968), *Asiles-Etude sur la condition des malades mentaux*, Editions de Minuit, paris
- Gollac M. et al., (2006), « Du déni à la banalisation », *Actes de la recherches en sciences sociales* n°163, juin, p. 39-45
- Golsorkhi D. et Huault I., (2006) « Pierre Bourdieu : critique et réflexivité comme attitude analytique », *Revue Française de Gestion*, n°165, pp.15-34.
- Grima F. et Muller R. (2006), « Faire face à la violence au travail : le cas de la placardisation », *Gérer et comprendre*, n°85, p37-50.
- Hirigoyen M-F., (1998) le harcèlement moral, Paris, Syros.
- Institut de Psychodynamique du Travail au Québec (2006) *Espace de réflexion et espace d'action : enquêtes en psychodynamique du travail au Québec*, Presse Universitaire de Laval.

- Jauvin N. (2003). *La violence organisationnelle : parcours conceptuel et théorique et proposition d'un modèle compréhensif intégrateur*, <http://www.cchvdr.qc.ca/recherche/rapports>.
- Karasek R.A. et Töres Theorell, (1990) *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*, New York, Basic Books.
- Leymann H. (1996) *La persécution au travail*, Editions du Seuil.
- Lhuillier D. (2006) *Clinique du travail*, Edition Erès.
- Mackie et al. (2001). Employee involvement management practices, work stress, and depression in employees of a human services residential care facility. *Human relations*, 54, 8, 1065-1092.
- Maffesoli M. (1984). *Essais sur la violence, banale et fondatrice*, Librairie des méridiens.
- Martocchio J.J. et Jimeno D.I., (2003), « Employee absenteeism as an affective event », *Human Resource Management Review*, 13, p.227-241.
- Michaud Y. (2004), *La violence*, Que sais-je, PUF.(6^{ème} édition).
- Neuman J.H. et R.A. Baron (1998). Workplace Violence and workplace aggression: evidence concerning specific forms, potential causes and preferred targets, *Journal of management*, vol.24, n°3, p.391-419.
- Niedhammer I. (2006), « les facteurs psychosociaux et la violence psychologiques au travail », *adsp*, N° 57, décembre.
- Poilpot-Rocaboy G. (2003) « harcèlement psychologique au travail : paradigmes et métaphores », *Revue de Gestion des Ressources Humaines*, n°49, Juillet, août, p 15-24.
- Poilpot-Rocaboy G. (2000) « Le processus du Harcèlement professionnel : un essai de modélisation », *Revue Française de Gestion*, janvier-février, p.31-51, 2000.
- Rapport de la Chambre Régionale des Comptes (2006), « Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier spécialisé... »
- Rapport du conseil économique et social de Bressol E. (2004) *Organisation du travail et nouveaux risques pour la santé des salariés*, 7 avril.
- Reynaud J-D. (1989). *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Edition 1997, Armand Colin.
- Sorignet P. E., (2006) « Danser au-delà de la douleur », Dossier Santé et Travail, *Actes de la recherche en Sciences sociales*, p.46-62.
- Stimec A. (2008), « Le manager médiateur : une figure méconnue », *Humanisme et Entreprise*, n°289, pp.105-118.
- Tragno M., et al., (2007) Les violences et agressions physiques au travail : analyse de la littérature, *Revue Européenne de Psychologie appliquée*,
- Thébaud-Mony A. (2007), *Travailler peut nuire gravement à votre santé*, Editions La découverte, Paris.
- Vallet-Armellini M. (2007) « Tomber juste. Des effets sur la clinique des nouvelles normes de gestion de la psychiatrie », *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, Edition ERES, n°4 pp.143-159.
- Wieviorka M. (2005) *La violence*, Hachette Littératures.