

**« CULTIVER SON BIEN-ÊTRE AU TRAVAIL POUR PRENDRE SOIN  
DES AUTRES »**

---

Travail de Fin d'Études



Année scolaire 2016 – 2017

Institut de Formation des Professions Paramédicales René TOSTIVINT,  
69, rue de Rieuville, 28100 DREUX

## **REMERCIEMENTS**

Je tiens à remercier mon Directeur de mémoire Sébastien Pradelle pour son accompagnement enrichissant tout au long de la rédaction de mon travail de fin d'étude.

Je tiens à exprimer ma gratitude aux documentalistes Cathy Broutin et Mathilde Hernandez pour leur efficacité et leur disponibilité. Elles ont été des ressources précieuses durant toute la formation et surtout pendant la période de recherche pour le TFE.

Merci aux formateurs, aux intervenants et aux professionnels rencontrés sur le terrain qui ont permis de faire évoluer mes compétences et ma posture par le partage de leurs connaissances et expériences pendant ces trois années de formation.

Je remercie mes camarades de promotion car les moments passés laisseront un souvenir agréable à cette aventure estudiantine et professionnelle.

Je tiens tout particulièrement à remercier ma famille qui a été là pour moi pendant ces trois années : mon mari, ma fille et mes deux garçons. Ils ont été mon énergie pendant toute cette période. Ce parcours réalisé sereinement dans le but de réaliser mon projet professionnel, c'est également le leur car c'est grâce à leur patience.

Enfin, je remercie ma mère, ancienne infirmière, qui a été et est toujours ma source d'inspiration. Elle m'a passé ce relai grâce aux valeurs humaines qu'elle m'a inculquées depuis mon enfance. Je la remercie de m'avoir donnée inconsciemment cette implication à exercer dans la profession d'Infirmière.

### **NOTE AUX LECTEURS :**

**CECI EST UN TRAVAIL PERSONNEL. IL NE PEUT FAIRE L'OBJET D'UNE PUBLICATION EN TOUT OU PARTIE SANS L'ACCORD DE SON AUTEUR.**

**Date de la soutenance orale : le 13 juin 2017**

## TABLE DES MATIERES

<b>I. INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>II. LA SITUATION D'APPEL</b> .....	<b>1</b>
<b>III. LE CONSTAT</b> .....	<b>5</b>
<b>IV. LE QUESTIONNEMENT</b> .....	<b>6</b>
<b>V. LA PHASE EXPLORATOIRE</b> .....	<b>8</b>
A. La communication non verbale chez une patiente mutique.....	8
B. Les mécanismes de défense de l'aidant familial dans la prise en charge.....	9
C. Les sentiments de culpabilité et d'échec.....	11
<b>VI. LA QUESTION DE DEPART DEFINITIVE</b> .....	<b>13</b>
<b>VII. LE CADRE CONCEPTUEL</b> .....	<b>14</b>
A. La représentation.....	14
B. La culpabilité.....	21
C. La qualité de la vie au travail.....	24
<b>VIII. L'HYPOTHESE DE RECHERCHE</b> .....	<b>30</b>
<b>IX. LE CHOIX DE L'OUTIL DE RECHERCHE ARGUMENTE</b> .....	<b>30</b>
<b>X. CONCLUSION</b> .....	<b>31</b>
<b>XI. ANNEXES :</b> .....	<b>33</b>
<b>XII. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>40</b>

## **I. INTRODUCTION**

En septembre 2014, je suis entrée en Institut de Formation en Soins Infirmiers afin d'y apprendre le métier d'infirmière et en vue de l'obtention du diplôme d'état sésame pour exercer dans la profession. Selon le code de la santé publique, Article L4311-1 « *Est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement des soins infirmiers sur prescription ou conseil médical, ou en application du rôle propre qui lui est dévolu. L'infirmière ou l'infirmier participe à différentes actions, notamment en matière de prévention, d'éducation de la santé et de formation ou d'encadrement* ».

Aussi, depuis bientôt trois ans, je suis dans l'apprentissage des connaissances de bases du métier, des règles professionnelles et des bonnes pratiques par le biais de cours théoriques et pratiques ou lors de stages sur le terrain.

Dans le cadre du semestre 6 de ma formation, je dois réaliser un travail de fin d'étude en lien avec les unités d'enseignements 3.4 « *initiation à la démarche de recherche* », 5.6 « *analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles* », 6.1 « *méthode de travail* » et la 6.2 « *anglais* ». Il consiste en la rédaction d'un mémoire s'appuyant sur une méthodologie propre aux recherches en soins infirmiers puis en l'écriture d'un résumé traduit en anglais.

Aussi, en partant d'une situation professionnelle que j'ai vécue lors d'un stage en début de troisième année, je vais analyser ma pratique et faire un bilan de la situation. Ensuite, à partir d'un questionnaire que je ferai, je réaliserai une phase exploratoire en m'aidant de recherches, d'entretiens et de questionnaires auprès d'infirmiers libéraux afin d'étudier l'intérêt professionnel de mon travail de recherche.

De là, émergera ma question de départ qui définira l'objet de ma recherche. Puis, à l'aide de 3 concepts j'expliquerai cette dernière dans différents champs théoriques. Ceci me permettra d'élaborer une hypothèse de recherche et de réfléchir à l'élaboration d'un outil pour effectuer l'enquête.

Enfin, je conclurai en vous expliquant l'enrichissement apporté par ce travail.

## **II. LA SITUATION D'APPEL**

Je suis étudiante en soins infirmiers de troisième année. Je réalise mon stage du semestre 5 dans un cabinet d'infirmières libérales en milieu rural. C'est le 11 octobre 2016. Il est dans les environs de 11h30. Avec Sandra (pseudonyme), une infirmière libérale depuis 2 ans, nous arrivons devant un pavillon avec un étage, le domicile d'une patiente. Il s'agit de Madame J. une infirmière retraitée, âgée de 76 ans. Elle vit avec son conjoint âgé de 70 ans. Elle est atteinte d'une démence de type Alzheimer à un stade avancé. Du fait de la maladie, elle s'est enfermée progressivement dans un mutisme et dans une immobilisation générale. Elle ne se déplace plus, ne communique plus et est devenue grabataire sans raison organique. Je réalise depuis deux semaines sa toilette au lit ceci dans le cadre de mon rôle propre et conformément à l'article R4311-5 du code de la santé publique<sup>1</sup>. La situation que je vais évoquer est en lien avec la compétence 3 « *Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens* ». Mon objectif principal est de réaliser une toilette au lit au domicile d'une patiente.

Nous arrivons devant leur propriété. Comme chaque matin son mari Monsieur J. nous accueille souriant en ouvrant la porte puis il part nous préparer les bassines d'eau. Avec Sandra, nous entrons et du hall d'entrée, nous nous rendons à la salle de bain qui se trouve juste en face afin de nous laver les mains. Ensuite, nous montons au premier étage en empruntant un escalier en bois. Nous entrons dans la chambre. Madame J. est allongée sur son lit et est éveillée. Nous lui disons « Bonjour Madame J. ». Les rideaux vert pomme de sa chambre sont ouverts, la pièce est illuminée par le soleil. Il y a une odeur d'huiles essentielles à base de lavande. Madame J. est installée sur le côté droit du lit. Ce dernier est en bois sculpté, peint en blanc avec des fleurs dessinées au pinceau. Il a une hauteur de 65 centimètres environ par rapport au sol. Il est bas pour la réalisation de la toilette. Monsieur J. ne veut pas d'un lit médicalisé car il dort avec sa femme et refuse de trop « médicaliser » son épouse. Monsieur J. qui est son aidant familial est dans le déni de la maladie de sa femme. Il avait refusé le lève-malade auparavant ; Sandra devait porter avec Monsieur J. la patiente pour les transferts lit-fauteuil. Après de nombreuses négociations avec Sandra et suite à l'apparition d'un lumbago sur l'infirmière, il avait finalement accepté. Il aide en temps normal Sandra

---

<sup>1</sup> « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement... : 1° soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement... 22° Prévention et soins d'escarres...* »

pour la réalisation de la toilette en se mettant à genou sur sa place du côté gauche du lit et en faisant office de barrière au moment de laver le dos de son épouse. Depuis que j'ai commencé à réaliser la toilette de Madame J., Sandra a pris le relais de Monsieur J. qui vaque à d'autres occupations pendant ce temps. Je m'approche de la patiente et lui annonce que je viens pour lui faire sa toilette et l'installer ensuite dans son fauteuil. Sandra est debout de l'autre côté du lit et me laisse prendre soin de la patiente. Madame J. fixe le plafond avec ses grands yeux bleus. A-t-elle remarqué notre présence ? Aucun signe ne montre qu'elle m'a entendu. Elle est allongée couverte par une couette fleurie. Elle est grande avec un léger surpoids : 1,70m pour 73 kilos. Sous ses cheveux mi-longs et grisonnants, on peut apercevoir son oreiller recouvert d'une taie brodée blanche. Elle est paisible et respire normalement, sans encombre. Je retire doucement la couette et son oreiller après l'avoir annoncé à la patiente. Je lui dis que « je risque d'avoir les mains un peu froides compte tenu de la température extérieure, qu'il y a un beau soleil mais qu'il fait froid dehors ». Madame J. porte un tee-shirt à manche longue rose et un change. Elle tient dans ses mains des gants de toilettes violets qu'elle serre bien fort. Je dépose la couette et l'oreiller sur un meuble dans le couloir et reviens près d'elle. Il n'y a pas de barrière du côté droit, je m'étais assurée en amont qu'elle était éloignée du bord pour supprimer tout risque de chute. Son mari vient de déposer sur la table de chevet de la patiente une bassine d'eau, le savon et sur un fauteuil deux gants de toilettes et une serviette propres. Je lui retire son tee-shirt, ses gants, regarde si elle a des selles et recouvre son corps avec la serviette pour préserver son intimité. Je débute la toilette tout en parlant à Madame J. et en lui disant ce que je lui fais progressivement. Je lui lave le visage, le torse, les jambes à l'aide d'un gant en savonnant bien puis en rinçant et essuyant soigneusement à tour de rôle chaque partie concernée.

Alors que je suis entrain de lui faire sa toilette intime, je ressens une douleur dans mon dos, légère mais comme si j'avais une sorte de poids dans le bas du dos à chaque fois que je me baisse pour lui passer le gant. Je me relève tout doucement pour aller rincer le gant dans la bassine en restant légèrement recourbée. Mais la douleur est sporadiquement présente si je tente de me relever totalement. A ce moment-là je comprends que ma posture de travail n'est pas du tout adaptée. Elle reste supportable et je me dis que je peux finir la toilette. Je ne veux pas arrêter le soin en cours par respect pour la patiente et selon mes valeurs. En effet, la priorité du moment pour moi est la patiente. Je prends mon mal en patience et je continue avec la douleur mais j'échange moins avec Madame J. J'essaie de trouver des positions ergonomiques par exemple en fléchissant les jambes et en gardant le dos droit, pour me

soulager mais je me rends compte que c'est impossible. Je mesure 1,80m, le lit de la patiente est très bas et m'arrive juste au-dessus des genoux soit à une hauteur de 65 centimètres en partant du sol. Je dois me pencher vers la patiente pour la toilette, ce qui crée une courbure du dos équivalente à un angle de 45° par rapport à la patiente.

J'étais consciente de la position inconfortable mais je voulais continuer la prise en soins que j'avais débutée avec elle depuis deux semaines. Je ne voulais pas rendre le relai. Une forme de relation soignant-soigné s'était créée même silencieusement pour la patiente mutique et je ne voulais pas l'interrompre. J'avais pris la responsabilité de sa prise en charge sur mon court temps de stage et je voulais l'honorer au mieux. Je ne pensais pas au départ être concernée par la douleur pourtant je connaissais les risques de lombalgies en cas de posture inadaptée au travail notamment par rapport au fait qu'à mon précédent stage, j'avais fait de la prévention auprès de salariés d'entreprise sur le thème des gestes et postures. A mon ancien emploi, j'ai souvent été sensibilisée sur les risques de troubles musculosquelettiques en lien avec les positions de travail. J'ai également reçu des apports théoriques et pratiques à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers. Mais j'ai priorisé la prise en soins de la patiente. Je n'étais pas sans savoir. Je n'appliquais pas bien par la force des choses ce sur quoi j'étais alertée.

Aussi, Sandra vient m'aider pour mobiliser Madame J. et la mettre sur le côté et faire office de barrière afin que je lui lave son dos et le bas du dos. Je termine rapidement la toilette avec soulagement pour ma douleur mais déçue. J'applique de la crème hydratante sur les points d'appui (fesses et talons), l'habille avec cette douleur qui me guette toujours dans le bas du dos. Ensuite, avec Sandra nous installons Madame J. dans son fauteuil à l'aide du lève-malade, nous finissons de l'habiller et de la coiffer et nous rangeons l'environnement. Je trace sur le support prévu pour, les actes réalisés et après une discussion avec Monsieur J. sur l'absence de selles de son épouse, nous partons. J'avais l'impression d'avoir bâclé la toilette non pas par rapport à la propreté car je m'étais assurée que le gant était bien propre à chaque fois ni par rapport au confort ou à la sécurité de la patiente que je préservais constamment mais par rapport à la qualité de la toilette selon mes valeurs. Je l'avais faite silencieusement, plus rapidement que d'habitude ce qui ôtait, selon ma vision des choses, de la douceur aux gestes que je faisais. Je n'ai pas réussi à prendre le temps de « prendre soin » comme je l'aurais voulu. Pourtant d'un point de vue technique tout était respecté. Mais, je n'étais pas disponible, pas à l'écoute sinon des méfaits de ma douleur en raison d'un contexte de soin inadapté, pas dans le relationnel. J'avais cette insatisfaction d'avoir réalisé une toilette

déshumanisée tel un robot, en perte de sens vis-à-vis de mes valeurs, de ma façon de bien vouloir faire les choses.

Dans la voiture, j'aborde le sujet de la douleur que j'ai eu pendant la toilette avec Sandra. Elle me dit que compte tenu de ma taille et de la difficulté à avoir des conditions correctes pour faire le soin, elle prendra le relai pour la suite. Elle me dit que j'aurais dû lui en parler, elle aurait pris le relai. Elle est plus petite que moi et exposait moins son dos. Elle a déjà évoqué le sujet avec Monsieur J. mais pour lui, il n'est pour le moment pas question d'installer un lit médicalisé. Il dort à côté de sa femme et ne veut pas. Nous avons abordé le sujet le lendemain avec lui en lui expliquant que je ne ferai plus la toilette en raison de l'absence d'ergonomie pour le faire et de la douleur que cela engendre. Nous lui avons expliqué les bienfaits qu'apporterait le lit médicalisé à 2 places, même pour lui, il ne veut pas. Il est resté silencieux puis nous a dit que c'est impossible de mettre le lit médicalisé de deux places. Il est ensuite passé rapidement à un autre sujet. A la fin de mon stage, Sandra qui a pris mon relai pour la toilette a vu l'apparition d'une hernie discale pour laquelle un arrêt de travail et une intervention chirurgicale ont été programmés. Monsieur J. a fait prescrire par son médecin et a commandé un lit médicalisé d'une place en deux jours afin qu'avec la remplaçante, nous puissions continuer la toilette. La prise en charge s'est en effet vu améliorée. J'appréciais de travailler dans de bonnes conditions en surélevant le lit. Le travail prenait du sens. Monsieur J. nous a montré son inquiétude pour Sandra et sa satisfaction du côté pratique du lit, de l'espace gagné dans la pièce. Par la suite, malheureusement, Madame J. a dû être hospitalisée en raison de signes évocateurs d'une pneumopathie pour lesquels Mr J. ne voulait pas appeler le médecin malgré nos conseils experts. Il nous disait que sa femme allait bien. Sandra a donc pris la décision d'appeler le SAMU (Services d'Aide Médicale Urgente) en raison d'une hyperthermie à 39,2°C sous Paracétamol® et d'un encombrement bronchique audible. La pneumopathie a été confirmée par l'hôpital. Je ne l'ai plus revue mon stage touchant à sa fin.

Enfin, je ne sais plus dans quel contexte mais je me rappelle de cette phrase de Mr J. certainement riche en signification mais que lui seul peut traduire : *« Je m'étais marié avec une infirmière pour qu'elle s'occupe de moi dans mes vieux jours et aujourd'hui c'est moi ; qui m'occupe d'elle » ...*

### **III. LE CONSTAT**

Je réalise ici une toilette au lit pour une patiente de 76 ans grabataire depuis deux ans. Durant ce soin, je ressens subitement, une douleur liée à ma position. Je constate que La hauteur du lit est non adaptée pour le soin car il est trop bas compte tenu de ma grande taille. Le mari de la patiente refuse d'installer un lit médicalisé. Lorsque nous lui demandons pourquoi, il change de sujet. Pourquoi change-t-il de sujet ? Est-il dans la fuite ? Il s'agit là d'un mécanisme de défense. De quoi veut il se protéger ? De la réalité ? De la situation ? Est-il dans le déni ? Souffre-t-il ? Je constate également que le lit n'est pas à la bonne hauteur ; cela m'empêche d'adopter une bonne posture. Bien que je sois consciente du risque que je prends pour ma santé, je fais le soin depuis quelques semaines. Je constate que ce jour-là, je ne l'arrête pas malgré la douleur ressentie car cette dernière reste supportable. Je ne passe pas le relai pour me soulager ou éviter les complications à l'infirmière qui m'encadre. Pourtant, depuis le début du stage nous travaillons en binôme, en équipe. Qu'est-ce qu'une équipe ? Qu'est-ce que le travail d'équipe ? Je constate qu'à ce moment le plus important pour moi, c'est de prodiguer des soins à la patiente, dans le respect du souhait de son mari, de la prescription médicale et celui des bonnes pratiques pour ce qui la concerne. La toilette est réalisée mais je suis déçue. Je prends des risques pour moi de développer une lombalgie pour prendre soin de la patiente et ceci en toute conscience. Malgré tout, j'effectue tout de même le soin plus rapidement pour me préserver. J'ai donc le sentiment de ne pas avoir réalisé le soin dans les conditions optimales. L'idée d'arrêter me culpabilisait et représentait un échec si je l'appliquais.

#### **IV. LE QUESTIONNEMENT**

Aussi, de mon constat découle une série de questions que j'ai choisi de regrouper par thématiques et que je vous présente ci-dessous :

##### **A. La communication chez une patiente mutique**

- ~ Comment savoir si Mme J. qui ne communique plus a ressenti que la prise en charge n'était pas optimale ?
- ~ En quoi sa prise en soins n'était-elle pas optimale ?
- ~ Qu'est-ce que la qualité ?
- ~ Qu'est-ce qu'un soin de qualité ?
- ~ En quoi est-il difficile d'agir au plus près des besoins d'une patiente qui ne communique pas ?

## **B. Les mécanismes de défense de l'aidant familial dans la prise en charge**

- ~ Pourquoi Mr J. refuse-t-il d'installer le lit médicalisé ?
- ~ Quelle signification a le lit médicalisé dans son domicile pour lui et pourquoi ?
- ~ Pourquoi Mr J. n'exprime-t-il pas son ressenti ?
- ~ Pourquoi le refus d'installer un lit médicalisé de Mr J. a-t-il influencé la qualité de la prise en charge ?
- ~ Peut-être ne voulait-il pas aborder le sujet ?
- ~ Peut-être avait-il peur ?
- ~ De quoi avait-il peur ? De lui ? De sa réaction ? De la réalité ?
- ~ Pourquoi voulait-il s'échapper du sujet ?
- ~ Peut-être y a-t-il une émotion qu'il ne veut pas ressentir pour se protéger ?
- ~ Peut-être souffre-t-il ?
- ~ En quoi, parler de la maladie de sa femme était-ce nocif pour Mr J. ?
- ~ Joue-t-il un rôle qu'il n'avait pas prévu ? Était-il prêt ? Quelle signification a ce lit médicalisé pour lui ? Quelles sont ses représentations ?
- ~ En quoi les décisions de l'entourage peuvent-elles influencer la prise en soins d'un patient qui ne communique plus ?

## **C. Les sentiments de culpabilité et d'échec**

- ~ Pourquoi ai-je continué le soin malgré la douleur et l'absence d'ergonomie ?
- ~ Pourquoi mes valeurs professionnelles ont-elles régi la décision au détriment des risques pour ma santé ?
- ~ En quoi était-il important pour moi de continuer le soin alors que je savais les risques pour ma santé ?
- ~ Pourquoi n'ai-je pas demandé à l'infirmière de l'aide pour terminer la toilette ?
- ~ Quels sentiments ai-je ressentis à ce moment-là ?
- ~ En quoi est-ce mal d'arrêter un soin afin de permettre qu'un relai le continue ?
- ~ Pourquoi le sentiment de culpabilité ?
- ~ En quoi est-ce un échec de passer le relai ?
- ~ En quoi est-ce un échec d'arrêter un soin en cours pour permettre sa continuité dans de meilleures conditions ?
- ~ Pourquoi je ne m'autorise pas à arrêter pendant le soin ?

- ~ Pourquoi n'ai-je pas pris en compte ma douleur ?
- ~ En quoi la douleur altère t'elle ma pratique du soin ?
- ~ Pourquoi n'ai-je pas passé la main à l'infirmière qui était avec moi ?
- ~ Pourquoi n'ai-je pas vu la nécessité du travail en équipe ?
- ~ Pourquoi me suis-je tu ?
- ~ Quel était mon ressenti ?
- ~ Pourquoi ai-je culpabilisé à l'idée de ne plus continuer la prise en charge ?
- ~ Pourquoi était-ce un échec pour moi de ne pas continuer ?
- ~ Pourquoi ai-je laissé mes sentiments guider ma décision et retirer du sens au soin ?
- ~ En quoi est-il important de prendre soin de soi afin de bien prendre soin des patients ?
- ~ Pourquoi étais-je déçue du travail fourni ?
- ~ En quoi le travail effectué n'était-il pas conforme ?
- ~ Pourquoi y a-t-il un conflit entre la situation et mon vouloir « bien faire » ?

## **V. LA PHASE EXPLORATOIRE**

A l'issu de ce questionnement, j'ai pu orienter ma phase exploratoire sous 3 thèmes que je vais vous présenter. Pour effectuer ce travail, j'ai raconté ma situation à deux infirmières libérales et j'ai réalisé auprès de chacune individuellement un entretien semi-directif de trente minutes afin de connaître leurs points de vue. L'une des deux étaient présentes lors de la situation (Infirmière 1). Travaillant toutes les deux en binôme, la deuxième connaît le lieu où s'est déroulée la situation (Infirmière 2). Je vous en présenterai l'analyse qualitative que j'ai effectuée. En parallèle, j'ai défini des notions par le biais de recherches théoriques. Enfin, j'ai complété par une enquête quantitative via un questionnaire en ligne proposé à 49 infirmières libérales après leur avoir raconté la situation.

### **A. La communication non verbale chez une patiente mutique**

En premier lieu, nous avons parlé lors des entretiens du ressenti de la patiente par rapport à la prise en charge qui lui est dispensée quotidiennement. Toutes deux ont parlé du fait qu'il est difficile de connaître le ressenti d'un patient qui ne communique par aucun moyen. La communication, c'est « *l'action de communiquer avec quelqu'un, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage ; échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur* ».

*dont il sollicite une réponse.*<sup>2</sup>». Il apparaît donc une notion d'échange d'informations entre deux acteurs, un émetteur et un récepteur. Il existe également la communication non verbale caractérisée par la gestuelle, la posture, le regard, etc. Mais comment communiquer lorsque du fait de sa santé un patient dans un état végétatif ne peut pas s'exprimer ni verbalement, ni par les gestes ? Comment connaître ses souhaits ou respecter ses droits au mieux lorsqu'il ne peut pas les verbaliser, ni les manifester ?

Les infirmières libérales m'ont expliqué qu'elles effectuent les soins en observant et repérant les besoins de la patiente et également grâce à la participation du conjoint. Cependant, elles ne peuvent pas savoir ce que pense ou ressent la patiente lors des prises en soins. Elles font au mieux selon leurs savoirs, leur savoir-faire et leur savoir-être. La communication est unilatérale. La patiente, du fait de son état général, ne communique pas ou ne peut pas. Les soignantes s'adressent à la patiente mutique sans recevoir de réponse, il n'y a pas de feed-back. Elle n'exprime pas son consentement, il n'y a pas la connaissance de ses besoins selon ses dires. Il paraît donc important de s'appuyer sur l'observation, les connaissances et d'effectuer une évaluation des besoins en s'appuyant sur des outils (par exemple les « 14 besoins fondamentaux » de Virginia Henderson visant à prendre en soins le patient dans sa globalité – cf. annexe 1). La démarche de soins infirmiers a toute son importance.

## **B. Les mécanismes de défense de l'aidant familial dans la prise en charge**

Par ailleurs, l'aidant familial est une ressource. Dans la situation, il s'agit de l'époux qui est présent lors des soins et qui connaît l'environnement qui est son domicile. Les deux infirmières reconnaissent en sa participation un point fort de la prise en charge. « *L'aidant familial est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée dépendante ou à une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne.*<sup>3</sup> »

Monsieur J. est dans le déni et la fuite qui sont deux mécanismes de défense. Cependant, il n'exprime pas son ressenti. Il refuse le lit médicalisé. Il refusait le lève-malade puis à la fin de mon stage la prise en charge de l'encombrement bronchique de sa femme. Il disait que ce n'était pas nécessaire et changeait de sujet lorsque c'était abordé. Afin d'approfondir ma réflexion sur le sujet, je vais vous définir le concept de mécanisme de

---

<sup>2</sup> Larousse, [www.Larousse.fr](http://www.Larousse.fr)

<sup>3</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p.60

défense. « *Selon Laplanche et Pontalis, les mécanismes de défense constituent l'ensemble des opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique. Ils prennent souvent une allure compulsive et opèrent au moins partiellement de façon inconsciente.*<sup>4</sup> ». Le déni, c'est l'« *Action de refuser la réalité d'une perception vécue comme dangereuse pour le moi...*<sup>5</sup> ». Monsieur J. était dans le déni de l'état de santé de sa femme. Son « Moi », refusait la situation et les mécanismes de défense mis en œuvre afin de se protéger étaient le déni et la fuite. La fuite telle qu'elle est définie par le Larousse est un « *Comportement par lequel un individu s'éloigne d'un stimulus ou d'une situation actuellement nocifs (échappement), ou dont l'individu a précédemment appris la nocivité (évitement)*<sup>6</sup> ». La fuite faisait qu'il était difficile d'aborder le sujet du lit médicalisé. Ce mécanisme de défense empêchait de vraiment discuter sur les problèmes réels pour le bien-être de la patiente. Quand j'ai essayé de connaître son ressenti, il a fui la conversation à plusieurs reprises. Un processus d'adaptation protecteur se mettait en place pour Mr J. Il se protégeait de ce que l'évidence pouvait lui renvoyer. Le refus d'une réalité engendrait le refus de prendre en soins de façon optimale son épouse (lit médicalisé, encombrement...). Cela agissait sur la qualité des soins et les conditions de travail.

Il en ressort que par le biais des mécanismes de défense, le conjoint de la patiente se protégeait peut-être d'émotions qu'il ne souhaitait pas extérioriser. Comment gérait-il intérieurement la situation qu'il vivait quotidiennement ? Je cite cette phrase qu'il a dite lors de notre passage : « *Je m'étais marié avec une infirmière pour qu'elle s'occupe de moi dans mes vieux jours et aujourd'hui c'est moi ; qui m'occupe d'elle* ». Cette phrase était pleine de sens mais seul lui savait ce qu'il voulait dire exactement. Il y a dans cette phrase comme une notion de rôle. Joue-t-il un rôle qu'il n'avait pas prévu ? Était-il prêt ? Quelle signification a ce lit médicalisé pour lui ? Quelles sont ses représentations ?

Aussi, les deux infirmières évoquent les conséquences que cela engendre sur la prise en charge rendue difficile. La notion d'accompagnement de l'aidant est évoquée. Elles parlent également de l'intérêt d'avoir toutes les deux le même discours avec l'aidant, le même accompagnement et d'être en accord sur les besoins repérés. La communication entre elles est primordiale afin d'agir dans le même sens auprès de la patiente et de son conjoint ; ainsi que

---

<sup>4</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p.214

<sup>5</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p.217

<sup>6</sup> Larousse, [www.larousse.com](http://www.larousse.com)

la communication avec l'aidant afin de favoriser la mise en place d'un environnement de soins adapté.

### **C. Les sentiments de culpabilité et d'échec**

Ensuite, nous avons abordé le sujet des conditions de travail en exercice libéral. « *Les conditions de travail sont tout ce qui entre dans le cadre du travail d'une personne, que ce soient son amplitude horaire, l'ergonomie de son lieu de travail, l'ambiance générale ou les avantages sociaux*<sup>7</sup> ». Dans la situation, elles m'expliquent qu'elles sont dépendantes de l'environnement qu'est le domicile de la patiente et des aménagements que les infirmières ont pu mettre en place en collaboration avec le conjoint de la patiente. L'ergonomie n'est pas souvent adaptée. Toutes deux m'expliquent qu'elles faisaient au mieux de façon générale pour que l'environnement soit adapté mais que ce n'était pas facile en raison des logements non conçus à la base pour effectuer des soins à la différence des hôpitaux. Je leur ai demandé si elles avaient déjà été confrontées à une situation comme la mienne. Tous les deux m'ont raconté leurs situations.

L'infirmière 1 m'a parlé d'une prise en charge d'une patiente paraplégique pour laquelle elle effectuait la toilette quotidiennement. Dans cette prise en soins, elle avait beaucoup de transferts sollicitant son dos. Pour cette patiente, elle a commencé à ressentir des douleurs dans le bas du dos à chaque transfert. Elle me dit avoir continué quotidiennement avec la douleur jusqu'à ce que son corps lui dise stop. Lors d'une toilette, elle a eu une vive douleur. Elle a continué à faire le soin jusqu'au bout pour la patiente, par respect pour elle (bien-être, confort). Elle savait que ce n'était pas bon pour elle. Une hernie discale lui a été diagnostiquée, elle est aujourd'hui sous infiltration et en attente d'être opérée. Elle n'a pas pu passer le relai rapidement car elle n'a pas trouvé de remplaçante. Plus tard, le Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) a pris le relai. Depuis, elle a pris conscience des enjeux pour sa santé et fait attention à sa posture. Elle me dit qu'elle a compris que sa santé ne devrait pas être mise en danger. Avant elle acceptait selon ses termes par rapport « *à sa conscience professionnelle, sa passion (difficile de refuser), son côté humain face à l'isolement des patients, son côté maternant* ». Depuis son problème de santé, elle exprime sa pensée « *pour prendre soin des autres, je dois aussi prendre soin de moi* ».

L'infirmière 2 me dit qu'elle a déjà eu des douleurs mais a réagi vite en consultant pour expliquer sa situation à son médecin. En fait, ce qui a suscité sa réaction c'est qu'elle

---

<sup>7</sup> Lintern@ute, [www.linternaute.com](http://www.linternaute.com)

ressentait la douleur pendant le travail mais également pendant ses jours de repos ce qui n'était pas normal pour elle. Elle ne supportait plus la station debout, elle ne pouvait plus faire ses courses sans aide et cela agissait sur son moral et ses relations avec ses proches. Elle a remis en cause le fait de continuer sa profession dans le libéral. Elle m'explique qu'elle a été douloureuse pendant un soin lors d'un transfert d'une patiente de son fauteuil roulant à son canapé ; elle a continué le transfert puis le soin. Sur le moment, elle a continué car elle n'avait pas le choix (sécurité, respect patiente, confort). Les jours suivants également elle me dit avoir continué pour la patiente car elle ne voulait pas la laisser passer des journées entières dans le fauteuil roulant. D'un point de vue humain, ce n'était pas possible pour elle de faire autrement. Elle a donc sollicité plus la patiente et faisait attention à sa posture. Le SSIAD<sup>8</sup> a ensuite pris le relai.

J'observe donc que pour les deux infirmières, malgré la douleur, elles ont continué pendant le soin. Le sentiment de culpabilité en était le moteur. Elles ne voulaient pas arrêter le soin, elles culpabilisaient à l'idée de le stopper en cours. Dans les deux situations, elles faisaient référence au respect et à la dignité des patients. Arrêter le soin ferait de la prise en charge un échec, une prise en soins interrompue et diminuerait la qualité voulue. L'échec, c'est le « *Résultat négatif d'une tentative, d'une entreprise, manque de réussite ; défaite, insuccès, revers*<sup>9</sup> ».

Afin d'approfondir mon exploration, j'ai réalisé une enquête quantitative en ligne auprès de 49 infirmières libérales (annexe 2). Mon objectif était de savoir si elles avaient déjà été confrontées à une situation de douleur pendant un soin et si elles avaient continué et pourquoi. Il en ressort que 95,9% ont ressenti une douleur pendant un soin et 98% d'entre elles ont continué le soin. La raison prédominante était « pour le patient » soit 61,2%. Je cite quelques-uns de leurs commentaires :

~ « *Pour le patient avant tout. Mais aussi car il n'y a pas d'autre choix que de le faire. Si la tournée se passe en binôme pour une toilette difficile. Il est possible bien évidemment de trouver un créneau ou sa collègue peut venir aider pour mobiliser le patient. Pour son confort et le nôtre !* »,

~ « *Parce qu'il est de mon rôle de faire ce soin et que je ne peux passer le relais. De toute façon les conditions sont ainsi si elles sont difficiles pour moi elles le seront également pour des collègues* »,

---

<sup>8</sup> Le Service de Soins Infirmiers à Domicile

<sup>9</sup> Larousse, [www.larousse.com](http://www.larousse.com)

- ~ « *A partir du moment, pour un ponctuel, ou j'accepte la PEC<sup>10</sup> je vais jusqu'au bout. Pour un chronique, par contre, si je n'ai pas un minimum de possibilité d'ergonomie, je ne Prends pas en charge le patient* »,
- ~ « *J'ai continué le soin en cours et passé le relai à mes collègues pour la suite* »,
- ~ « *Dans la majorité des cas, nous travaillons seule. Parfois je sollicite l'aide de la famille (si présente) ou de l'aide à domicile.* »

De là ressort le fait que la réalisation de certains soins peut avoir des effets sur la santé du soignant. Pourtant, le soin est continué malgré les risques encourus pour soi afin de prendre soin du patient. Mais apparaissent également ces notions d'équipe, de binôme, d'aide. Dans ma situation, je n'ai pas arrêté par respect pour la patiente dans le sens de mes valeurs. Je ne voulais pas interrompre le soin, je voulais aller au bout de ce que je faisais pour elle. Ma douleur n'était pas la priorité car j'étais dans le cadre du travail et la douleur était plutôt d'ordre personnel. Je ne m'autorisais donc pas à en parler à l'infirmière qui aurait pu m'aider. La problématique personnelle a donc eu un impact sur la qualité du soin : une diminution du relationnel, un soin plus rapide.

## **VI. LA QUESTION DE DEPART DEFINITIVE**

Suite à ces entretiens et recherches, trois problèmes se posaient dans cette situation à savoir les conditions de travail, la santé au travail, les sentiments d'échec ou de culpabilité en cas d'interruption d'un soin. Il y a un défaut de communication avec la patiente pour évaluer son ressenti du soin. Le déni de son conjoint agit sur l'environnement du soin à domicile. Culpabilisante, je continue le soin dans des conditions pouvant agir sur ma santé. Tout est fortement lié. Seulement, la culpabilité semble être le sujet prédominant et redondant au travers des entretiens.

Compte tenu des réponses des infirmières libérales, de l'analyse de la situation, de mon ressenti et à l'issue de ma phase exploratoire, j'ai recentré mon questionnement autour des questions suivantes :

- ~ Y a-t-il un lien entre la culpabilité et la santé au travail pour une infirmière libérale ?
- ~ Y a-t-il un lien entre la culpabilité et les conditions de réalisation d'un soin à domicile ?
- ~ Y a-t-il un lien entre la culpabilité et la cohésion du travail en équipe
- ~ La culpabilité du soignant peut-elle agir sur la qualité du soin réalisé ?

---

<sup>10</sup> La prise en charge

De là émerge ma question de départ que je vous présente ci-dessous :

**« En quoi les représentations de l’infirmier libéral sur la qualité des soins peuvent-elles générer un sentiment de culpabilité et attenter à sa qualité de vie au travail ? »**

## **VII. LE CADRE CONCEPTUEL**

Afin de vous éclaircir sur la compréhension de ma question de départ, je vais définir les concepts principaux à savoir la représentation, la culpabilité et la qualité de la vie au travail. J'utiliserai pour cela des champs théoriques différents et je m'appuierai sur des recherches.

### **A. La représentation**

#### **1. Définition du concept de la représentation en psychologie et en sociologie**

Pour moi, une représentation, c'est une idée, une vision que l'on se fait d'une chose, d'une situation, d'une personne, une façon de voir. Elle est subjective et fait partie du domaine de la pensée. Elle est personnelle dans le sens où elle existe selon le cadre de référence de celui qui la crée, selon ses connaissances, son vécu.

Selon le dictionnaire Hachette<sup>11</sup>, en psychologie, une représentation est « *une image fournie à la conscience par les sens, la mémoire* ». D'un point de vue sociologique, Jean-Claude ABRIC, dit que « *la représentation est une vision du monde, vision fonctionnelle permettant à un individu de donner un sens à ses conduites (elle détermine ses comportements), de comprendre la réalité à travers son propre système de référence (donc de s'y adapter, de s'y définir une place)*<sup>12</sup> ». Il indique également que « *nous appelons représentation l'ensemble organisé des informations, des croyances, des attitudes et des opinions qu'un individu (ou un groupe) élabore à propos d'un objet donné. La représentation est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu (ou un groupe) reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique. Il n'existe*

---

<sup>11</sup> Dictionnaire Hachette 2017, p 1383

<sup>12</sup> Recherches en soins infirmiers, ARSI, pp 33-42

*donc pas – dans les activités humaines – de réalité objective. Toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée, reconstruite dans le système cognitif...<sup>13</sup> ».*

Aussi, une représentation est propre à un individu mais également à un groupe. Elle influence les agissements. Par exemple dans la situation de départ, ma vision d'un soin de qualité était d'aller jusqu'au bout de la toilette de la patiente dans le respect de sa personne et celui des règles. Je voulais aller jusqu'au bout de ma démarche de soins. Ma représentation d'un soin de qualité est née d'une interaction entre ma mémoire (selon mon vécu, mes valeurs, mes connaissances, les bonnes pratiques acquises de formation, ma conscience professionnelle) et ma perception de la situation. Elle a influencé ma décision générant un sentiment de culpabilité face à un risque de ne pas atteindre l'objectif de qualité ou l'idéal que je m'étais fixé. De même que pour les infirmières interrogées, leurs représentations ont orienté leurs actions. Pour J.-C. ABRIC, *« les sujets n'abordent pas une situation de manière neutre et univoque. Les éléments du contexte (...) véhiculent une représentation de la situation qui détermine le niveau d'implication du sujet, sa motivation et l'amène à mobiliser plus ou moins et de manière différente ses capacités cognitives. Chaque sujet élabore donc ses représentations sociales en fonction de ses catégories cognitives, de son inscription socioculturelle et aussi de son histoire événementielle personnelle. L'ensemble de cette expérience constitue pour lui une connaissance du monde qui donne ou refuse une signification à la situation rencontrée...<sup>14</sup> ».* Ce que je comprends, c'est que face à une situation, nous arrivons tous riches d'une histoire personnelle et sociale qui oriente notre façon de penser et d'agir lorsqu'elle est confrontée à un contexte, un environnement. Chacun a ses représentations en fonction de sa capacité à élaborer ses schémas de pensées. Cela donne un regard individuel sur une situation donnée.

Les représentations peuvent donc influencer les agissements soit par rapport à une représentation individuelle ou à une représentation collective. J.-C. ABRIC décrit la structure de la représentation sociale avec deux parties : le noyau central (fondation de la représentation, élément stable et commun du groupe, image collective d'un objet) et les éléments périphériques liés à l'individu, à ses expériences et permettant une adaptation au contexte.

---

<sup>13</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p. 265

<sup>14</sup> MANNONI P., 1998, p. 61

De son côté, Gustave Nicolas FISCHER<sup>15</sup> définit la représentation sociale comme « *la construction sociale d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social concernant différents objets (personne, évènements, catégories sociales, etc.) et donnent lieu à une vision commune des choses, qui se manifeste au cours des interactions sociales*<sup>16</sup> ». Dans mon travail, le groupe social en question est celui du métier d'infirmier avec des représentations en lien avec la profession. Le groupe en sociologie, c'est un « *ensemble d'individus ayant un certain nombre de caractères communs et dont les rapports obéissent à une dynamique spécifique*<sup>17</sup> ». Je vais donc vous définir dans ce cadre le concept de « soin » et les représentations sur la qualité des soins en sciences infirmières. Ensuite, je compléterai sous un aspect législatif afin de mettre en évidence les représentations communes aux membres de la profession. Je m'aiderai pour cela d'auteurs ayant abordé ces sujets. Enfin, j'analyserai les réponses de 4 infirmières libérales à un questionnaire que je leur ai proposé.

## **2. Les représentations sur la qualité des soins en sciences infirmières**

En sciences infirmières, pour Walter HESBEEN<sup>18</sup>, le soin : « *désigne l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui... Prendre soin dans une perspective de santé c'est aller à la rencontre d'une personne pour l'accompagner dans le déploiement de sa santé*<sup>19</sup> ». Dans la définition, il y a cette idée de faire avec et de faire pour la personne soignée. Le patient est donc acteur dans sa prise en soins et non celui qui « subit ». Le soignant met tout en place pour le maintien ou l'amélioration de sa santé sur un parcours personnalisé.

Dans un tableau reprenant la représentation de la pratique soignante, Walter HESBEEN précise que le soignant qui prend soin remplit ses missions d'expert et de conseiller. Il crée une relation de confiance et d'aide avec la personne qu'il prend en soin dans sa globalité en vue de déployer sa santé. Je le cite à nouveau : « *Une pratique soignante de qualité est celle qui prend du sens dans la situation de vie de la personne soignée et qui a pour perspective le déploiement de la santé pour elle et pour son entourage. Elle relève d'une attention particulière aux personnes et est animée par le souci du respect de celles-ci. Elle*

---

<sup>15</sup> Professeur honoraire de psychologie sociale à l'université de Lorraine à Metz

<sup>16</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p. 266

<sup>17</sup> Dictionnaire Hachette, 2017, p. 724

<sup>18</sup> Infirmier et docteur en santé publique de l'Université catholique de Louvain en Belgique

<sup>19</sup> Walter Hesbeen, 2002, p 22

*procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci. Elle s'inscrit dans un contexte politique, économique et organisationnel aux orientations, moyens et limites pertinents et clairement identifiés.<sup>20</sup> »*

Donc, pour qu'une prise en soins soit de qualité, elle doit prendre en compte le soigné dans sa globalité et le placer au cœur de toutes les actions. Il doit y avoir une cohérence entre la prise en soins proposée et la réalité du patient mais également une logique dans l'utilisation des compétences mobilisées et des moyens à disposition pour le faire. Un soin de qualité est un soin qui a du sens et un intérêt pour le patient. Il doit être réfléchi. L'Association française de Normalisation (afnor) précise qu'« *un produit ou service de qualité est un produit dont les caractéristiques lui permettent de satisfaire les besoins exprimés ou implicites des consommateurs. La qualité est donc une notion relative basée sur le besoin. On doit rechercher davantage une qualité optimum, qu'une qualité maximum<sup>21</sup>* ». La réalisation des soins se façonne en réponse à l'analyse des besoins diagnostiqués. Le soignant adopte pour cela une posture d'expert dans sa pratique professionnelle par son savoir, son savoir-faire et son savoir-être. Il mobilise ses compétences. Selon la Communauté européenne en 1998, une compétence c'est un ensemble de « *caractéristiques individuelles (connaissances, aptitudes et attitudes) qui permettent à une personne d'exercer son activité de manière autonome, de perfectionner sans cesse sa pratique et de s'adapter à un environnement en mutation rapide<sup>22</sup>* ».

Si vous vous rappelez, l'infirmier a son groupe social d'appartenance riche de ses représentations. Ses agissements sont guidés par ces dernières comprenant le noyau central et les éléments périphériques si je me réfère à la théorie de J.-C. ABRIC. Pour ce qui concerne l'infirmier, il s'agit plus précisément de représentations professionnelles acquises par le biais de la formation en soins infirmiers qui dure trois ans et la validation de compétences spécifiques au métier. Cette expertise est confirmée par un diplôme d'état, sésame et garantie pour exercer dans la profession. Pour le libéral, c'est complété par une expérience d'au moins deux ans « *en soins généraux au sein d'un service organisé sous la responsabilité d'un cadre infirmier ou d'un médecin<sup>23</sup>* ». Ensuite, par le biais du Développement Professionnel Continu (DPC), il met à jour, selon les recommandations de la Haute Autorité de la Santé, ses

---

<sup>20</sup> Walter Hesbeen, 2002, p 22, 30, 38, 55

<sup>21</sup> Les concepts en sciences infirmières, ARSI, p. 230

<sup>22</sup> DAYDE M.-C., 2007, p.62

<sup>23</sup> DAYDE M.-C., 2007, p. 37

connaissances et ses pratiques afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins<sup>24</sup> et garantir un maintien de ses compétences. Pour cela, il obtient une aide financière de l'Agence Nationale du DPC afin de pallier aux pertes générées pendant les heures de formation donc de travail non réalisé.

### **3. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les lois et la Haute Autorité de la Santé**

La qualité des soins a été définie ainsi par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : c'est « *Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* ». Il y a là les notions de compétences, sécurité, qualité, satisfaction, économie, protocoles, communication, évaluation, actualisation des connaissances. Dans cette définition, ce qui ressort c'est le droit du patient d'avoir un service rendu de qualité, à la hauteur de ses besoins de soins avec le moins de coûts, le moins de risque pour sa santé et une satisfaction du soigné pour sa prise en soins. Cela nous renvoie au domaine législatif avec notamment :

- ~ La « *LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*<sup>25</sup> »
- ~ La « *LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*<sup>26</sup> » dite HPST.
- ~ Le « *Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières*<sup>27</sup> » remplacé par le code de déontologie de novembre 2016.

Par ailleurs, en milieu hospitalier, il y a le management de la qualité qui vise à initier auprès des équipes une culture de la qualité au moyen d'outils. La qualité des soins est évaluée par le biais de certifications, d'accréditations de ces derniers avec des audits, des notes, des questionnaires satisfaction, l'évaluation des pratiques professionnelles initiées par la Haute Autorité de la Santé... Ceci est fait dans un but de garantie de bonne prise en soins et d'amélioration. Cela rejoint la définition que je m'en faisais notamment en mobilisant mes

---

<sup>24</sup> HAUTE AUTORITE DE LA SANTE, [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>25</sup> Legifrance, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> Ibid

expériences professionnelles passées basées sur la qualité du service rendu et une politique de management parallèle. Bien que dans un autre domaine d'activité (commercial), le principe restait le même à savoir le respect et l'amélioration des bonnes pratiques, la gestion des risques. Bien entendu les contextes, l'offre, les bénéficiaires et le relationnel différaient. Le principe de la certification, de la labélisation, des audits restait le même avec des critères et indicateurs différents. Mais qu'en est-il dans le libéral ? Comment peut-on mesurer la qualité des soins en exercice libéral ? Dans mes lectures citées précédemment, j'ai pu voir que tous les moyens sont mis en place afin d'apporter les bonnes pratiques aux soignants avec l'obligation de formation (DPC). Mais je me demande comment est évaluée la qualité des soins pour les professionnels en exercice libéral. En effet, les libéraux sont autonomes et indépendants d'une hiérarchie directe dans leur quotidien. Ils sont leurs propres patrons. Il pourrait être intéressant et valorisant d'évaluer un travail fourni quotidiennement ? Ne serait-ce pas une reconnaissance du travail fourni ?

Aussi, après recherches, il apparaît que le professionnel en libéral s'autoévalue. Il est dans l'obligation de se former mais aucun organisme, ni aucune autorité ne l'évaluent sur le terrain afin de l'aider à s'améliorer. Je me suis intéressée de plus près à cette auto-évaluation en interrogeant 4 infirmières libérales qui ont accepté de répondre à deux questions simples car je ne trouvais aucun écrit sur le sujet à vous proposer.

#### **4. Représentations sur la qualité des soins selon 4 infirmières libérales enquêtées**

En premier lieu, je vous présenterai la définition qui ressort de leurs représentations sur la qualité des soins et ensuite, je vous donnerai les moyens qu'elles utilisent pour évaluer la qualité de leurs soins. Ce résultat ne sera pas représentatif de l'ensemble des infirmiers libéraux la recherche étant à très petite échelle mais c'était dans le but de voir ce qu'il en ressortait et d'avoir une idée sur le sujet.

La qualité des soins selon elles consiste en la prise en soins d'un patient dans sa globalité dans le respect des bonnes pratiques professionnelles (hygiène, humanité, empathie, relationnel, gestion de la douleur, respect prescription, connaissances pathologies), ceci en restant dans son champ de compétence avec le but d'obtenir le meilleur résultat possible et la satisfaction du patient. Pour la mesure de la qualité des soins qu'elles dispensent, elles m'ont cité comme critères d'évaluation et indicateurs le résultat obtenu, l'évolution de la maladie, le respect des règles, le discours des patients, le facteur humain, l'état cutané, la compréhension du patient.

Aussi, je constate que leurs représentations sont liées à ce qui est inculqué en formation en soins infirmiers. Cela confirme que l'apprentissage en école génère des représentations collectives pour un groupe donné.

De toutes ces recherches il en ressort que les représentations des soignants sur la qualité des soins sont en lien avec des règles de conduite communes. Je ne peux pas ne pas vous citer brièvement le Code de déontologie des infirmiers paru récemment qui reprend les droits et les devoirs des infirmiers quels que soient leurs modes d'exercice.

##### **5. Socle commun : Le code de déontologie et les lois**

D'un point de vue collectif pour les infirmiers, nous devons nous appuyer sur la déontologie qui définit la conduite à tenir par le soignant. Pour cela, a été édité le « *Code de déontologie des infirmiers* » le 25 novembre 2016. En effet, dans ce décret n°2016-1605 se trouvent les droits et les devoirs des infirmiers. Pour faire le lien avec la situation, je vais m'arrêter sur 2 articles :

- L'article R. 4312-10 : « *L'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient. Ses soins sont consciencieux, attentifs et fondés sur les données acquises de la science...* ». Dans cet article, il n'est question d'agir que dans l'intérêt du patient. Tout ce qu'il met en œuvre ne doit être réalisé que pour le bien-être global du patient en se basant sur des compétences reconnues pour le métier.

- L'article R. 4312-12 : « *Dès lors qu'il a accepté d'effectuer des soins, l'infirmier est tenu d'en assurer la continuité. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un infirmier a le droit de refuser ses soins pour une raison professionnelle ou personnelle. Si l'infirmier se trouve dans l'obligation d'interrompre ou décide de ne pas effectuer des soins, il doit, sous réserve de ne pas nuire au patient, lui en expliquer les raisons, l'orienter vers un confrère ou une structure adaptée et transmettre les informations utiles à la poursuite des soins* ». Il y a pour l'infirmier l'obligation de continuer les soins à moins d'une raison valable. Il y a ici une notion de responsabilité pour lui. A partir du moment où il entame une prise en soins d'un patient, il se doit de continuer les soins sauf s'il y a mise en danger du patient ou de sa personne.

En conclusion, grâce à toutes ces recherches, j'en déduis que les représentations collectives sur la qualité des soins sont basées sur les valeurs infirmières, les compétences, les règles de conduite, les lois qui entourent et codifient la profession et qui s'améliorent au fil du temps. Ensuite, il y a des représentations individuelles qui orientent les agissements de chaque

professionnel. Face à une situation de soins, il y a une interaction entre ces deux types de représentations. Cette interaction génère la décision que prend le soignant puis ce dernier met à partir de là tout en œuvre pour répondre aux besoins de soins du patient afin de maintenir ou améliorer sa santé globale. Les représentations guident donc les agissements du soignant.

Maintenant, afin de poursuivre sur l'explication de ma question de départ, je vais vous définir le concept de culpabilité dans le but de faire le lien entre ce sentiment et les représentations de l'infirmière libérale sur la qualité des soins. En effet, dans la question de départ, il s'agit de comprendre comment la culpabilité est induite par les représentations.

## **B. La culpabilité**

### **1. Pêché originel et éducation**

Selon le Larousse, le sentiment de culpabilité est un « *Sentiment de faute ressenti par un sujet, que celle-ci soit réelle ou imaginaire.*<sup>28</sup> ». Pour aller plus loin, la faute, c'est « *un manquement au devoir, à la morale ou à la loi*<sup>29</sup> » ; c'est mal agir. Rappelons-nous, les représentations collectives sont fortement liées aux obligations, à la conduire à tenir. La culpabilité serait-elle engendrée par la prise de conscience que l'on va à l'encontre de nos représentations, que l'on va mal agir ?

~ En philosophie

Dans son ouvrage « *Philosophie de la culpabilité* », Henri BERSON<sup>30</sup> constate que « *le souvenir de la faute est ce qu'il y a de plus ancien dans l'humanité*<sup>31</sup> ». Il fait référence au péché originel d'Adam et Eve, les premiers humains qui désobéissent à Dieu ou à des révoltes contre les Dieux conduisant tout homme à culpabiliser. Il évoque une culpabilité collective perdurant dans l'histoire notamment dans la religion catholique où ce sentiment de culpabilité collectif ressenti pour les fautes commises par les ancêtres est demeuré plus individuellement. Je le cite à propos du sentiment de culpabilité individuel : « *Deux institutions l'ancrent profondément dans l'esprit : la famille et la justice. Elles ont en commun le châtement, la punition qui développent d'une façon continue le sentiment de culpabilité* ». Il fait ici référence à l'éducation et aux lois. Dans l'éducation d'un enfant, les parents lui apprennent la différence entre ce qui est bien et ce qui est mal et leur conception d'un comportement adapté.

---

<sup>28</sup> Larousse, [www.larousse.com](http://www.larousse.com)

<sup>29</sup> Dictionnaire Hachette 2017, p 602

<sup>30</sup> Philosophe français 1859 -1941

<sup>31</sup> LACROIX J., 1977, p 5

Aussi, l'enfant se construit avec ces règles acquises. En parallèle, la justice ramène à la norme ceux qui sont en dehors des règles communes au moyen de lois devant être appliquées par tous citoyens et à l'aide de sanctions en cas de non-respect de ces dernières. Sans ces lois, ce serait l'anarchie ! ... Donc, que ce soit dans l'éducation des parents ou dans le domaine de la justice, la faute est punie ; elle engage la responsabilité de celui qui la commet. Le fait de savoir qu'il y a un agissement sortant des règles et des représentations peut donc générer un sentiment de culpabilité. Ce dernier intervient afin de contrôler des agissements qui sortiraient des normes posées. Il prévient la faute lorsqu'il est ressenti en amont ou à un aspect moralisateur après celle-ci.

L'histoire religieuse de la profession a peut-être laissé son empreinte sur le fait d'être sensible au fait de bien faire ou de mal faire ?

~ En psychanalyse

Selon Sigmund FREUD, « *Le Surmoi se forme à partir du Moi dans la période de l'intériorisation des interdits (des valeurs, des codes, des normes socioculturelles, de la loi) par l'intermédiaire des parents (ou de leurs substituts) et la médiation du langage. Il représente l'intégration (plus ou moins réussie et plus ou moins stricte), dans la réalité psychique, de la dimension normative des contraintes que nous impose l'environnement. Il est en principe l'allié du Moi dans le « gouverne » des pulsions émanées du Ça. Il correspond à la « conscience morale ». Le Surmoi commence à se constituer lorsque l'enfant acquiert une certaine maîtrise du langage verbal ... La langue qui permet la formulation des interdits (« fais pas ci » ... « fais pas ça » est en elle-même un instrument de normalisation, elle représente la culture dont elle véhicule les valeurs, et elle situe le sujet à « bonne distance » de l'objet du désir... La fonction du Surmoi s'exprime dans le fait que l'enfant devienne son propre juge et éprouve un sentiment de culpabilité quand il n'est pas « fier » de ce qu'il a fait (ou simplement pensé)<sup>32</sup> ». Dans son explication des instances psychiques selon la théorie Freudienne, Daniel FANGUIN lie la culpabilité à l'apprentissage par l'enfant des interdits grâce à l'acquisition du langage qui permet la transmission des règles. Le Surmoi est donc le régulateur des agissements selon des normes acquises et suscite la culpabilité lorsqu'il y a conscience de non-respect d'une norme. La culpabilité apparaît donc comme fortement liée à la responsabilité propre, à la conscience que l'on pourrait qualifier de professionnelle dans le monde du travail. La responsabilité de la santé de la personne soignée incombe au soignant qui s'en occupe. Dans le cadre de la question de départ, il s'agit d'un sentiment de culpabilité*

---

<sup>32</sup> D. FANGUIN, 2009, p.41

généralisé par des représentations sur la qualité des soins. C'est une culpabilité par anticipation d'une situation considérée comme hors des représentations individuelles de la qualité des soins. Lors d'une situation de soins, pourquoi ces représentations peuvent-elles créer un sentiment de manquement à un devoir ? Je vais tenter de l'expliquer.

## **2. La culpabilité dans les soins**

Dans l'ouvrage « *Soigner sans s'épuiser* » de Lorraine BRISSETTE, Michelle ARCAND et Josiane BONNET<sup>33</sup>, la culpabilité apparaît comme un mécanisme psychique voire une autopunition générée afin de réguler les agissements d'un individu et ainsi le maintenir dans le respect des règles. Ces dernières sont en lien avec des normes soit familiales, sociales, groupales, sociétales voire professionnelles fixant des exigences notamment d'origines « *religieuses et médicales* » pour la profession d'infirmière. Ces règles sont inculquées dès le plus jeune âge via l'éducation et la culture. Elles sont adoptées très tôt et les normes sont transmises « *naturellement et subtilement de génération en génération... Petit à petit, ces règles exercent sournoisement des pressions sur les individus, les incitant à se culpabiliser ou à se laisser culpabiliser par les autres* ». Si vous vous rappelez, le groupe social en question est celui des infirmiers. Cela sous-entend que le soignant qui culpabilise, a un regard critique sur ses agissements par rapport à des normes qui lui sont imposées par le biais de règles professionnelles, par rapport à ses propres représentations de ces dernières confrontées à un contexte particulier et par rapport au regard averti des autres soignants. « *La culpabilité permet dans bien des cas, d'éviter des conflits personnels ou interpersonnels. Elle peut servir de prétexte pour éviter des situations difficiles à gérer. « J'agis pour éviter de me sentir coupable ».* Il s'agit souvent là d'un mécanisme d'évitement de tension mis en place et régi par la culpabilité<sup>34</sup> ». L'idée d'arrêter le soin ne fait pas partie de mes représentations. Afin de ne pas culpabiliser en ce sens donc de commettre une faute, je continue le soin dans des conditions de travail inadaptées. Un mécanisme de défense d'évitement de tension s'est donc déclenché afin de ne pas aller contre mes valeurs. Le conflit personnel aurait été d'arrêter la toilette que je réalisais et de confier la patiente à l'infirmière qui était avec moi dans la pièce. Je ne me suis pas permis cela car selon mes représentations je ne concevais pas de ne pas terminer ce que j'avais commencé, de ne pas aller au bout des choses. De même que les 2 infirmières interrogées ont continué leurs soins car elles culpabilisaient de ne pas réaliser

---

<sup>33</sup> ARCAND M., BRISSETTE L. et BONNET J., 1998, p. 39

<sup>34</sup> Ibid., p. 45

intégralement leurs prises en soins et se sont mises également en danger par rapport à leurs santés physique et morale guidées par l'idéal qu'elles se font des soins de qualité selon leurs dires.

La culpabilité induite par les représentations professionnelles et individuelles peut donc avoir un impact sur la qualité de vie au travail. Afin de confirmer cette affirmation, je vais vous définir ce qu'est la qualité de vie au travail.

## **C. La qualité de la vie au travail**

### **1. Définition de la qualité de vie au travail**

~ Selon l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

*« La notion de qualité de vie au travail renvoie à des éléments multiples, relatifs en partie à chacun des salariés mais également étroitement liés à des éléments objectifs qui structurent l'entreprise. Elle peut se concevoir comme un sentiment de bien-être au travail perçu collectivement et individuellement qui englobe l'ambiance, la culture de l'entreprise, l'intérêt du travail, les conditions de travail, le sentiment d'implication, le degré d'autonomie et de responsabilisation, l'égalité, un droit à l'erreur à chacun, une reconnaissance et une valorisation du travail effectué. Ainsi conçue, la qualité de vie au travail désigne et regroupe les dispositions récurrentes abordant notamment les modalités de mises en œuvre de l'organisation du travail permettant de concilier les modalités de l'amélioration des conditions de travail et de vie pour les salariés et la performance collective de l'entreprise...<sup>35</sup> ».*

Ce que je comprends de cette définition, c'est que la qualité de vie au travail dépend des représentations des salariés sur leur bien-être au travail. Trois éléments la constituent afin que son niveau soit optimal à savoir un environnement relationnel serein avec l'entourage professionnel, des conditions de travail adaptées et un travail fourni reconnu et épanouissant. Cela sous-entend que les salariés ont des attentes individuelles qui agissent sur leur perception du niveau de la qualité de leur vie au travail.

Dans le dossier « *Bien-être et plaisir au travail* » dédié aux soignants, de la revue Soins n°790 coordonné par Florence MICHON, les concepts de « *bien-être* » et de « *plaisir au travail* » sont indissociables dans le cadre du travail. Le fait de se sentir bien au travail signifie que le travail effectué a du sens pour le soignant et pour son groupe professionnel

---

<sup>35</sup> GHADI V. et T. LE-LUDEC, 2013 p. 51

d'appartenance ; il est reconnu et se perçoit comme contribuant à la qualité des soins donc utile. Cette reconnaissance, les relations sociales et le bien-être au travail lui construisent une identité soignante. Le plaisir au travail apparaît également dans le fait d'être en harmonie avec ses valeurs lors des actes. Il répond à des normes propres au groupe professionnel. Le travail est sensé contribuer à l'épanouissement de soi. Roch LAFLAMME, professeur en sciences humaines québécois retraité, définit dans la même logique la qualité de vie au travail.

~ En sciences humaines

D'après l'ouvrage « *Qualité de vie au travail et management participatif*<sup>36</sup> », la qualité de vie au travail est un concept qui s'est développé vers 1960. Roch LAFLAMME y est cité car selon lui, l'amélioration de la qualité de vie au travail a un effet favorable sur la productivité mais également sur le bien-être du salarié ceci en prenant en compte ses besoins. « *La notion de qualité de vie au travail évoque donc une façon de concevoir le travail et l'organisation du travail, fondée sur des principes qui tiennent compte de la personne. Elle désigne un mode de vie mettant en valeur l'être humain plutôt que les objets.* ». Dans cet ouvrage, il apparaît que trois facteurs influencent la qualité de vie au travail :

- ~ Les caractéristiques individuelles (statut, la capacité à faire face « *coping* », la hardiesse « *sens de l'engagement et du défi* »),
- ~ Les caractéristiques organisationnelles (la qualité du management, de la collaboration, de la communication, de la participation),
- ~ Les conditions de travail (la charge de travail liée ici au stress, les horaires de travail, les relations entre collègues, le salaire.

Ces 3 éléments interagissent en effet entre eux afin de donner un niveau à la qualité de vie au travail. Ils agissent également sur la productivité.

Aussi, suite à ses lectures, je comprends que la qualité de vie au travail dépend de trois éléments à savoir les besoins de l'individu, les conditions de travail et l'organisation du travail. En fonction de la qualité de vie au travail, l'efficacité et l'accomplissement de soi varient ce qui agit sur la productivité et le bien-être de l'individu. Aussi, je vais m'intéresser à cette notion de bien-être en lien avec la santé au travail. Qu'est-ce qui permet de définir la santé au travail ? En quoi la culpabilité peut-elle attenter à la qualité de la vie au travail ?

## **2. La santé au travail dans le libéral**

---

<sup>36</sup> COLOMBAT P., 2012, pp.49-71

Dans sa définition de la santé en 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) fait du bien-être un constituant de cette dernière à part entière « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*<sup>37</sup> ». Aussi, si le travail contribue au bien-être d'un individu, cela signifie qu'il peut agir sur sa santé également. Dans la situation d'appel ou dans les témoignages des infirmières libérales, nous avons pu voir qu'il pouvait agir sur la santé physique mais également avoir des effets sur la vie sociale et mentale. Dans les cas cités, c'était lié aux conditions de travail inadaptées du fait du matériel et de décisions en lien avec un sentiment de culpabilité.

Dans son ouvrage « *Réinventer le sens de son travail* »<sup>38</sup>, Pierre-Éric SUTTER affirme qu'un travail qui a du sens, agit sur la santé plus précisément sur l'équilibre psychique du salarié. Pour cela, il s'appuie sur le fait que se fixer un idéal du travail guide les conduites et donne envie d'aller plus loin ou de continuer. Selon ses écrits, donner du sens à son travail apparaît comme un besoin pour les français. Ce besoin est individuel et le sens donné au travail dépend de chacun. Les non-sens eux sont mis en partie en lien avec les maladies professionnelles qui ne dépendent plus du salarié mais des employeurs. Pour cela, il cite les médias qui attirent l'attention sur les maladies professionnelles (psychiques et physiques) et fait un rappel à la réglementation. Je le cite : « *La réglementation est désormais très claire : les employeurs doivent prévenir la santé physique ET mentale de leurs salariés, l'article L. 4121 du code du travail français en fait une obligation de moyens ET de résultats ...* ». L'auteur ensuite fait référence à la définition de la santé selon l'O.M.S. Dans la santé mentale, il y a les troubles psychopathologiques, la détresse psychologique ou mal-être psychologique et la santé mentale positive ou bien-être. Pour la détresse psychologique, il cite comme générateurs et exemple les conditions de travail dégradées. Pour ce qui concerne le bien-être, il est avec la santé physique « *la condition d'une vie réussie* ». Il permet de « *lutter contre les agressions de l'environnement* ».

Ce que je comprends c'est que le travail peut agir positivement ou négativement sur la santé physique et psychique d'un individu. Le sens donné au travail quant à lui peut faire évoluer le bien-être. En fonction d'un idéal, on peut plus ou moins bien vivre au travail. Je vais faire le lien avec la situation d'appel. Je voulais réaliser le soin par rapport un idéal que je m'étais fixé. L'idée d'abandonner ou de passer le relai sortait de cet idéal. Cela ne

---

<sup>37</sup> Organisation Mondiale de la Santé, [www.who.int](http://www.who.int)

<sup>38</sup> SUTTER P-E, 2013, p 188-196

correspondait pas à mes représentations d'un soin de qualité. Pour atteindre cet idéal et par culpabilité, j'ai donc poursuivi la toilette dans de mauvaises conditions pour ma santé physique. « *La conscience d'avoir bien agi est une récompense en soi* » selon Sénèque. Sur le moment, j'ai fait ce qui semblait le mieux selon mes représentations de la qualité des soins et par rapport à un sentiment de culpabilité naissant ; ceci au détriment de ma santé physique. Il en a été de mêmes selon leurs dires pour les infirmières libérales interrogées. Le travail et ses conditions peuvent agir sur la santé physique.

Aussi, je me suis intéressée au sujet du suivi de la santé au travail des infirmières libérales car comme tous professionnels, elles sont exposées aux risques d'altération de leur santé du fait du travail. Je me suis rendue compte que ces professionnels n'avaient pas un suivi obligatoire en médecine du travail. Elles sont seules responsables de leur santé et de leur devenir au travail. Pourtant selon l'Institut National de Recherche Sécurité (INRS)<sup>39</sup>, les professions en milieu de soins sont des professions à risque pour la santé du salarié : « *Expositions à des agents biologiques, à des produits chimiques, aux risques physiques, aux risques psychosociaux (RPS), et aux troubles musculosquelettiques (TMS)*<sup>40</sup> ». Les soins se font en établissements de santé mais également au domicile des patients ; leurs réalisations restent les mêmes, seul le contexte change. Les infirmières libérales sont tout autant concernés par ces risques que leurs homologues travaillant en milieu hospitalier. Elles sont peut-être même plus exposées compte tenu du fait qu'elles n'ont pas forcément le matériel adapté et ergonomique. Pour poursuivre ma recherche, je vais m'intéresser aux conditions de travail des infirmières libérales.

### **3. Les conditions de travail et d'exercice dans le libéral**

Afin de vous décrire les conditions de travail en exercice libéral, je vais m'aider de l'ouvrage « *Regard sur la profession d'infirmière libérale* » de Marie-Claude DAYDE.

Dans le libéral, l'infirmière dispense ses soins soit dans son cabinet de soins ou au domicile du patient. Ses revenus dépendent des mouvements de son activité<sup>41</sup>.

Depuis quelques années, avec l'instauration de l'obligation d'avoir un cabinet pour pratiquer, des collaborations se sont mises en place remplaçant ainsi progressivement l'exercice individuel du métier. Ceci a permis d'améliorer l'équilibre entre la vie privée et la

---

<sup>39</sup> INRS Santé et sécurité au travail, [www.inrs.fr](http://www.inrs.fr)

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> DAYDE M.-C., 2007, p.19

vie professionnelle de l'infirmière. Mais, les semaines de travail restent en moyenne de 60 heures dont 10 heures réservées à la part administrative, la gestion des commandes, etc. La voiture et le téléphone portable sont des outils de travail indispensables. Elle travaille en collaboration avec les médecins, les pharmaciens...

Dans ce même ouvrage<sup>42</sup>, il apparaît, selon un sondage IPSOS<sup>43</sup> que ¾ des infirmières ayant répondu à l'enquête auraient eu un accident d'exposition au sang. Moins de la moitié auraient consulté après contre 81 % en milieu hospitalier. Seules 20 % disent avoir déclaré l'accident contre 86% en milieu hospitalier. L'explication donnée est l'absence de « *couverture accident de travail* ». A propos des moyens d'aide à la mobilisation des patients, il apparaît que malgré les avancées niveau matériel (ex : lève-malade), le refus des patients de les utiliser et l'usage quotidien de la voiture favoriseraient les troubles musculosquelettiques chez l'infirmière. Selon une étude, 30% des femmes seraient opérées en raison d'une hernie discale. De plus, souvent, les libéraux travaillent même malades par rapport à des difficultés de remplacement ou pour des raisons financières. Enfin, ces infirmières sont leur propre manager. Elles se forment et tiennent leurs compétences à jour de leur propre initiative. Cependant, elles n'ont pas accès à la médecine du travail comme leurs homologues dépendant d'un employeur.

Une « *Profession libérale désigne toute profession exercée sur la base de qualifications professionnelles appropriées, à titre personnel, sous sa propre responsabilité et de façon professionnellement indépendante, en offrant des services intellectuels et conceptuels dans l'intérêt du client et du public* <sup>44</sup> ». Cela reprend tout ce que j'ai dit précédemment à savoir l'obligation d'être titulaire du diplôme d'état d'infirmier garant de compétences de base, le devoir de développement professionnel continu, une obligation d'exercice en établissement de santé pendant au moins deux ans avant de se lancer dans le libéral, des droits et des devoirs tout ceci dans l'intérêt des patients.

Dans le guide « *Je m'installe en libéral* »<sup>45</sup>, j'ai pu lire que l'infirmière doit entreprendre les démarches suivantes pour s'installer :

- ~ Obtenir un numéro ADELI<sup>46</sup> auprès de l'Agence Régionale de Santé, ce qui officialisera son droit d'exercer,

---

<sup>42</sup> Ibid., p. 78 - 89

<sup>43</sup> Institut de sondage français

<sup>44</sup> Direction générale des entreprises, [www.entreprises.gouv.fr](http://www.entreprises.gouv.fr)

<sup>45</sup> AMBROSINI F., LANDRAU V., 2016, p. 32-41 et p.82-91

<sup>46</sup> Automatisation DES Listes

- ~ L'affiliation et la déclaration à l'Ordre National des infirmiers sont obligatoires,
- ~ Souscrire à une responsabilité civile professionnelle selon l'article L.1142-2 du code de santé publique,
- ~ S'inscrire à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie afin d'obtenir leur Carte Professionnelle de Santé,
- ~ S'inscrire à l'URSSAF<sup>47</sup> afin d'avoir un numéro d'identification unique le SIRET<sup>48</sup> et l'APE<sup>49</sup> (déclarations des revenus et paiement des cotisations pour les diverses charges sociales),
- ~ S'inscrire à la CARPIMKO<sup>50</sup> et payer des cotisations pour la retraite,
- ~ Charges : assurance du local professionnel, assurance du véhicule, cotisation foncière des entreprises, assurance prévoyance, une retraite complémentaire, l'assurance volontaire accident de travail, les impôts.

Il apparaît également qu'en cas d'arrêt maladie, d'accident de travail, ... il y a une période de carence de 91 jours. Cela signifie qu'en cas de forte grippe par exemple ou douleur, l'infirmière libérale peut difficilement s'arrêter. Car si elle s'arrête, ses revenus sont moins importants mais les charges demeurent. Être en arrêt lui coûte cher.

J'aurai voulu vous apporter une description plus détaillée des conditions de travail des infirmiers libéraux en lien avec la santé mentale et physique des soignants, apporter des données chiffrées. Mais je n'ai rien trouvé sur la réalité du terrain. Didier TRUCHOT, professeur de psychologie sociale à l'Université de Bourgogne Franche-Comté fait ce même constat (annexe 3). Il a lancé d'ailleurs une enquête à grande ampleur auprès de cette population afin peut-être de répondre à une hypothèse de recherches. Pour la rédaction de mon travail, les résultats de son travail ne sont pas disponibles. Ces professionnels apparaissent comme étant peu ou pas accompagnés pour le suivi de leur santé au travail.

Pour conclure, dans la qualité de la vie au travail des infirmières libérales, rentrent en compte leur santé au travail, leurs conditions de travail et le sens donné au travail réalisé. Elles travaillent principalement aux domiciles des patients et doivent s'adapter pour travailler dans des conditions convenables. Cependant, il arrive parfois que les conditions de travail ne soient pas adaptées ; elles se trouvent alors dans des positions de travail pouvant altérer leur

---

<sup>47</sup> Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales

<sup>48</sup> Système d'Identification de Répertoire des Etablissements

<sup>49</sup> Activité principale exercée

<sup>50</sup> Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes

santé physique voire morale. Dans la situation d'appel et les divers témoignages, nous avons pu voir que le sentiment de culpabilité pouvait être générateur de décisions mettant en danger la santé globale du soignant et donc attenter à la qualité de sa vie au travail.

## **VIII. L'HYPOTHESE DE RECHERCHE**

Après l'ensemble de mes lectures, il apparaît que les représentations génèrent un sentiment de culpabilité au regard de la qualité des soins et de ce fait agissent sur la qualité de la vie au travail. Dans la situation d'appel, mes représentations d'une qualité des soins optimale ne m'ont pas autorisée à arrêter la toilette. J'ai donc continuer avec une douleur physique. Mais je dois cependant confirmer ou infirmer cette hypothèse à travers une recherche à l'aide d'un outil.

## **IX. LE CHOIX DE L'OUTIL DE RECHERCHE ARGUMENTE**

Aussi, j'envisage une étude quantitative sous la forme d'un questionnaire anonyme en ligne qui reprendrait 4 grands thèmes :

- ~ Les représentations sur la qualité des soins,
- ~ Les conditions de travail,
- ~ Le sens donné au travail
- ~ L'impact des représentations sur la qualité de la vie au travail

Je choisis internet car c'est un moyen de communication moderne, facilement accessible et permettant d'avoir rapidement les réponses. Il est moins contraignant que le questionnaire papier (à renvoyer), écologique également. De plus, l'extraction des résultats sous forme de statistiques est très rapide.

La population ciblée serait un échantillon de 500 infirmiers libéraux en France et le même nombre d'infirmiers travaillant en établissements de santé en France. Mon objectif est de savoir si ce comportement est propre aux libéraux ou si cela concerne la profession en milieu hospitalier également. En cas de prédominance chez les libéraux, l'aspect financier, le temps imparti pour chaque patient, le poids des charges seraient-ils d'autres raisons ? Ou tout le monde a des représentations et tout le monde culpabilise de ne pas pouvoir répondre à l'exigence de la qualité de soins ? Dans ce cas, est-ce plus important chez l'infirmière libérale ?

Je n'y mettrai aucun critère d'inclusion, ni d'exclusion car le but est de faire la recherche auprès de tous les professionnels des populations ciblées, tous âges ou expériences confondus. Dans ce questionnaire, l'âge et le nombre d'années d'expérience demandés permettront de voir si ces deux items ont un lien avec le résultat.

## **X. CONCLUSION**

Ce travail de recherche m'a permis d'apprendre que les représentations sur un idéal du soin, peuvent générer un sentiment de culpabilité qui agit sur la qualité de la vie au travail. Donner du sens au travail que l'on fait, contribue à la réalisation de soi. Cependant lorsque le contexte de travail ne se prête pas à l'atteinte de cet idéal, un sentiment de culpabilité peut faire prendre des décisions qui altèrent la qualité de la vie au travail.

Cette réflexion est partie d'une situation que j'ai vécue dans laquelle je ne m'autorisais pas à passer le relai lors d'une toilette d'une patiente alors que j'avais une douleur pendant le soin. J'ai compris aujourd'hui que si j'avais arrêté mon soin et passé la main à l'infirmière présente à côté de moi, je n'aurais pas été pour autant une mauvaise étudiante infirmière et cela n'aurait pas retiré de la qualité au soin. A la relecture de ce document, j'ai un regard nouveau sur la situation, comme si j'avais pris de la hauteur par rapport aux événements.

Par ailleurs, ma posture d'évaluée a peut-être participé à ce choix et ne m'a pas autorisée à me positionner afin de dire que j'arrête le soin en raison de la douleur.

J'en retiens pour ma prochaine activité professionnelle que si une telle situation se présentait, si cela s'avérait possible, je n'hésiterais pas à passer le relai car il est important de « cultiver son bien-être au travail pour prendre soin des autres ». Cependant, comment peuvent faire les infirmières libérales qui travaillent seules lors de leurs tournées afin que le travail n'altère pas leur santé physique et morale sur du long terme ? Comment peuvent-elles analyser leurs pratiques avec des regards nouveaux par exemple dans le cadre d'un groupe de travail sur le thème de la récurrence d'événements indésirables ?

Par ailleurs, j'ai pu découvrir la méthodologie pour faire des recherches. Cette expérience fut très enrichissante autant personnellement, qu'intellectuellement ou professionnellement. Ce fut un réel plaisir de rédiger ce document grâce à des recherches et réflexions effectuées. J'en retiens que l'on enrichit continuellement ses compétences grâce à l'analyse de ses pratiques et de ses expériences. C'est une démarche professionnellement et humainement constructive car on apprend de soi et des autres. J'en retiens qu'avoir un regard objectif et

critique sur ses pratiques permet d'avancer, de s'améliorer et de ne pas rester « prisonnier » de ses représentations parfois au détriment de son bien-être.

*« Le travail c'est la santé, Rien faire c'est la conserver, Les prisonniers du boulot, N'font pas de vieux os...» selon Henri SALVADOR et Maurice PON dans la chanson « Le travail c'est la santé » en 1965.*

## **XI. ANNEXES :**

### **Annexe 1 : Les 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson**

«

- ~ *Respirer,*
- ~ *Boire et manger,*
- ~ *Éliminer*
- ~ *Se mouvoir et maintenir une bonne posture,*
- ~ *Dormir et se reposer,*
- ~ *Se vêtir et se dévêtir,*
- ~ *Maintenir sa température,*
- ~ *Être propre, protéger ses téguments,*
- ~ *Éviter les dangers,*
- ~ *Communiquer,*
- ~ *Agir selon ses croyances et ses valeurs,*
- ~ *S'occuper en vue de se réaliser,*
- ~ *Se divertir,*
- ~ *Apprendre.<sup>51</sup>»*

---

<sup>51</sup> NEVES C., MALAQUIN-PAVAN E. et DEBOUT C., 2008, p. 40

## Annexe 2 : Enquête quantitative réalisée auprès de 49 infirmiers libéraux

### Suivi des réponses à votre questionnaire

#### Questionnaire

Nom questionnaire	Conditions de travail - IDEL uniquement
Créateur	natbellev@hotmail.com
Date création questionnaire	08-01-2017
Nombre de questions	4
Nombre de questions obligatoires	4

#### Bilan des réponses

Nombre total de destinataires	49
Nombre de destinataires ayant répondu	49
Pourcentage de destinataires ayant répondu	100 %

### Résultats de votre questionnaire

#### 1. Qu'en pensez-vous ?

*Question obligatoire*

#### Nombre de réponses

Nombre de réponses	48
Pourcentage de réponses	98 %

#### Détail des réponses

Destinataires	Réponses
U0lgG4nMWp3	ce n'est pas normal qu'elle n'est pas de lit médicalisé heureusement que ce n'est pas comme ça chez tous les patients sinon douleurs dorsales
U209EYVWQ9D	Si c'est une situation que tu as vraiment vécu, déjà je suis choquée que l'idel te laisse te débrouiller seule pour une telle toilette. Le binome est genial dans un cas comme celui ci, et facilite beaucoup les choses. La diminution de communication avec une personne mutique me choque moins, ton status d'etudiante ne facilite pas les choses, tu ne connais peut etre pas assez le langage non verbale de cette personne, l'idel t'a t'elle donné des pistes pour communiquer autrement avec elle ?
U34JUJBRs8j	Situation assez complexe
U4XAsB4uN9z	Des situations qui peuvent exister en libérale mais on arrive toujours au bout d un moment à avoir du matériel adapté. Je trouve normal dans cette situation un peu difficile d aller plus vite et du coup moins communiquer . Il faut trouver le moyen à son mari de mettre un lit médicalisé expliquer le intérêt pour la patiente mais aussi pour le soignant.
U5WdQatQckJ	Qu a domicile il faut s adapter même si cela est diffici&#770;le. Effectivement l infirmière regarde mais elle t évalue le reste de l année elle effectue ce même soin dans les mêmes conditions...

U7T1a11Nvf	Travailler en ergonomie au quotidien, pour tous les patients, au domicile ca reste difficile. Mais nous pouvons aussi refuser de travailler dans de mauvaise condition. Je ne sais pas dans quelle condition ce soins a ete accepté, mais pour ma part si la famille refuse de prendre du materiel adapté, je refuse le soin. De plus, pour ma part, j'aurai aidé ma future collegue ou dans la technique du soins ou en parlant avec la patiente.
U8MivRSBTYE	Pourquoi le mari ne veut pas d'un lit médicalisé ? Est-ce lier à un problème financier, La non acceptation de l'état général de sa dame ?
U95g9U8uf8u	Les moyens mis en place en libérale ne sont pas toujours adaptés du fait que la famille n'ai pas toujours coopérants ou par manque de moyens
UAMBN4vfKm1	S'adapter aux conditions du soin à domicile n'est pas toujours facile. Ne vaut-il pas mieux privilégier le relationnel et être moins technique? Cela permettrait je pense, d'être plus détendue, et de favoriser une posture moins crispée, donc moins douloureuse.
UaTRhrcUsKI	c'est le liberal , il faut s'adapter
UbpQYhCtoH4	Quel est la problématique ?
UcMcWXI46bB	Le respect de la patiente est important mais repsecter son corps l'est encore plus. C'est notre outil de travail. Ceci est d'autant plus vrai, qu'il y avait une personne prête à prendre le relais. De plus la sécurité du patient peut etre mise en jeu, quand on maitrise moins ses gestes à cause de la douleur.
UCP0hoRpCVV	Le travail en libéral impose de travailler seule et de se retrouve dans des situations parfois difficile. La communication est très importante surtout si la patiente est mutique. Il est important de savoir par d'autre moyens de savoir si ta patiente était elle confortable pendant le soin et que à aucun momo ment elle a était mise en danger.il est important de se préserver au maximum. Tu dois pouvoir demander de l'aide à ta collègue et au aidant .il existe des pieds de lit que tu peux rajo
UdIUq35RmVY	demande son aide a ton idel !tu es là pour apprendre pas pour qu elle te prenne pour son employée !!!
UfT5EhCL4Wg	La communication est primordiale tant avec le patient qu'avec ses collègues et à fortiori avec son tuteur ou référent
UftuDeLwDx8	En tant que libéraux nous sommes souvent seul. Pas le choix je dirais que de finir la toilette. Compréhensif de moins discuter dans un cas comme celui ci. Par contre j imposerais lit médicalisé en discutant avec mari en lui expliquant l'impossibilité de continuer à prendre en charge la patiente sans lit médicalisé. Sinon il lui fait ; dans tous les cas je ne pourrais pas assurer soins avec des lombalgies à répétition et toilette plus confortable pour la patiente si faite dans de bonnes conditio
UHXF3RWWMZG	Il fallait le dire à l'idel Elle n'a pas pris le relais car elle ignorait que tu avais mal
Uj8v4tvvXaR	Je pense que l idel aurait dû imposer le lit médicalisé avant toute prise en charge.
UjAnTtPijfE	Ce n est pas un soins de qualité et c'est dangereux poir toi
UjrCBDod5fG	Le libéral et le matériel à domicile. ...
UK7wsL8RkMM	C'est une situation que l'on retrouve fréquemment à domicile !
UkkqYlthNcF	Situation qui arrive très régulièrement

ULcITux2yj3	Je refuse de prendre en charge un patient si l'environnement n'est pas adapté que ce soit au niveau de l'ergonomie ou de l'hygiène.
UIDP8YeWdis	Un lit médicalisé serait plus adapté, car mobilisation plus confortable pour la patiente et pour vous. Matelas adapté, car conséquence sur le plan cutané, donc risque supplémentaire et douleurs etc informé l'époux des conséquences pour la patiente et pour vous
ULjkRd4uXFS	Nous sommes souvent confronter à ce genre de situation. Nous devons nous adapter à l'environnement du patient.....
UM7cxAQbHge	Situation assez fréquente dans notre profession. Tu pouvais solliciter l'ide et si la patiente est mutique la communication est forcément altérée.
UmcEhVMav9R	Le matériel non adapté est un fait courant en libéral et je suis comme vous il m'arrive d'accélérer un soins pour éviter des complications liées aux positions non ergonomiques
Uncdv07EGZi	Les conditions de travail ne sont pas adaptées .
UnG6PRKyAji	Tu aurais du le dire à ta collègue pour qu'elle prenne le relais. Et après il faut discuter avec le mari de la patiente afin de lui expliquer que la toilette n est plus fesable dans leur lit
UPD7JwcUNQg	Problème de communication et d ergonomie au domicile

UpOQnbJVr8p	Déjà l'idel pourrait aider une toilette à 2 est toujours plus facile ensuite à domicile il faut toujours s'adapter au situation on a pas toujours le confort du soins pour le soignant il est vrai qu'on valorise plus celui du soigné. ...
UPuthHFSJTc	Situation très fréquente à domicile. Matériel et espace souvent inadapté.
UtbldGyFjVm	si refus de lit médicalisé refus de toilette au lit. je suis très grande : 1.78m
UTidKt9xGuQ	L'idel qui vous encadre n'est pas très sympa, elle devrait vous aider Elle devrait insister auprès de la famille pour avoir un lit médicalisé Pour le relationnel pas de soucis si vous avez été douce vos mains ont communiqué avec le patient communication non verbale
Uts5LO9mLiC	Situation très fréquente au domicile pour tous types de soins
UTtQT7h17Gv	Tu aurais dû dire à l'ide que tu avais mal au dos .le dialogue Est important dans une équipe que tu sois eleve ou non .
UVzV2FBFb92	je demande à ma collègue de finir le soin et j'explique très honnêtement le pourquoi
UWf3YXXz0Kj	C'est désagréable pour vous vous risquez les pbls de dos à long terme et 1 soin moins efficace a long terme. Tant au niveau relationnel que technique .
UXAq1CvUrqJ	Problème très fréquent au domicile
UXOdKjBI71v	Je pense que l'environnement et l'organisation est primordial pour la bonne prise en charge d'un patient. Un obstacle peut induire à une baisse du prendre soin.
UxrTnuvNwqY	Il faut trouver une solution pour que l idel ai des condition de travail acceptable car si l idel se bloque le dos plus d idel pour la patiente
UXSFA5bqB8x	C'est du quotidien!

UxxiggQjJSX	dommage d'avoir cette experience parle avec ton encadrante pour lui expliquer ton malaise et voir ce qu'elle dit et fait ds ce genre de situation savoir pourqpi le mari refuse la patiente est probablement à 100% donc prise en charge de la location du lit totalement le sait il ou est ce parceque pour lui ce serait accepter l'état de sa femme maissi c'est ça discuter pour le faire accepter et lui parler de votre souffrance pro
Uy2jS6eOH4f	le soin est difficile donc moins performant par le manque de matériel adapté
UYMy7sko6ys	Bonjour, certaine personne n'accepte pas les changements ( comme le lit médicalisé ...), En général en insistant et en expliquant, on y arrive !!!! Après, laisser un soin lourd à une élève dans de mauvaise condition, je l'AIDE !!!
UZE2VdTMqVP	Malheureusement en libéral nous devons nous adapter . Bien souvent nous sommes dans des situations où nous sommes pas en sécurité pour notre dos. Nous devons faire les soins essayer d'utiliser un maximum de technique pour nous protéger . Mais il ne faut surtout pas laisser de côté le soin relationnel bien plus important que le soin technique en lui même
UZM0ofCobwq	beaucoup de personnes a domicile n'ont pas l'environnement adapte (notamment concernant le matériel) et je pense que la relation a la personne soignée est primordiale au cours d'un soi il faut savoir mettre de coté ses douleurs pour accorder toute notre attention à la personne même si cela est parfois très compliqué
UzprWTFcENY	X'est une situation compliquer par rapoort aux patients, c'est du domicile donc forcément on doit se plier aux exigences des patients ou arrêter la prise en charge.

## 2. Avez-vous déjà ressenti des douleurs du fait du travail par exemple lors d'un soin de confort (ex : toilette, transfert,...) ?

*Question obligatoire*

Nombre de réponses

Nombre de réponses	49
Pourcentage de réponses	100 %

Synthèse des réponses



### 3. Si oui, qu'avez-vous fait ?

Question obligatoire

Nombre de réponses

Nombre de réponses	49
Pourcentage de réponses	100 %

Synthèse des réponses



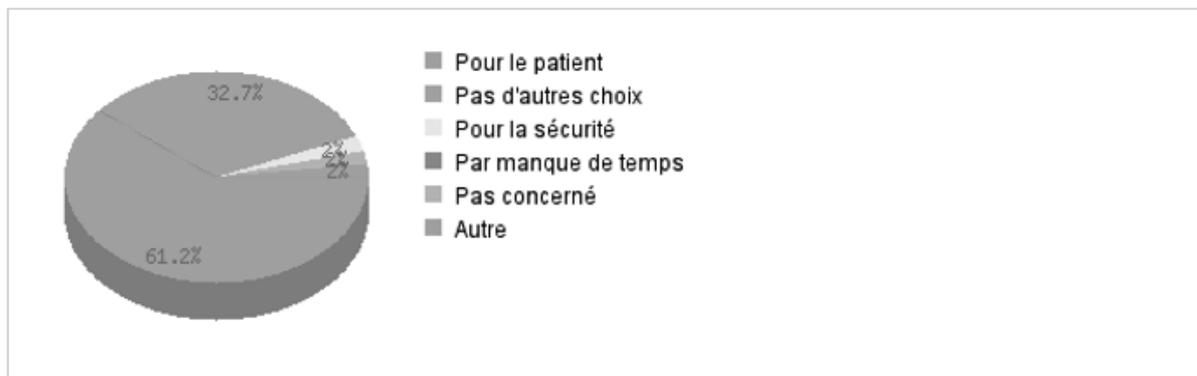
### 4. Pourquoi avoir continué le soin ?

Question obligatoire

Nombre de réponses

Nombre de réponses	49
Pourcentage de réponses	100 %

Synthèse des réponses



## Annexe 3 :

Retour



10/02/2017

### **Infirmières libérales, participez à cette enquête nationale inédite**

Infirmières libérales, témoignez de votre vécu ! Vos conditions de travail constituent un sujet aussi important que peu documenté. « L'Infirmière libérale magazine » et EspaceInfirmier s'engagent sur le sujet en diffusant en ligne le questionnaire lancé par Didier Truchot, professeur de psychologie sociale à l'Université Bourgogne-Franche-Comté.

#### **EspaceInfirmier : Pourquoi une telle étude ?**

**Pr Didier Truchot :** L'objectif est d'essayer de comprendre les facteurs qui contribuent au bien-être et/ou au mal-être d'un groupe de professionnelles relativement peu étudiées jusqu'à présent, à savoir les infirmières libérales. On sait relativement peu de choses sur les Idel. Cette étude exploratoire, la première à l'échelle nationale sur le sujet, est donc l'opportunité de mieux les connaître. Dans le questionnaire, nous avons inclus l'ensemble des stresseurs auxquels elles peuvent être confrontées, par exemple l'interface entre la vie professionnelle et la vie privée, les exigences professionnelles qui débordent sur la vie privée, les rapports avec les patients... Les items sont nombreux.

#### **Quelles sont vos attentes vis-à-vis des infirmières libérales ?**

Nous aimerions que le questionnaire soit renseigné par le plus grand nombre, afin que l'échantillon reflète la diversité des situations qu'elles peuvent rencontrer ainsi que leur ressenti. L'analyse en sera d'autant plus valide. L'idéal serait que nous puissions atteindre 700 à 800 réponses. Le questionnaire peut être complété en ligne ou à partir de la version papier envoyée avec le numéro de février de *L'Infirmière libérale magazine*.

#### **Comment comptez-vous traiter les réponses ?**

Il est important de rappeler que les réponses sont complètement anonymes. Elles seront traitées d'un point de vue statistique. Puis nous ferons des liens entre les stresseurs que rencontrent les infirmières libérales et le *burn-out* s'il y en a un. En fonction des résultats et des stresseurs identifiés comme les plus importants, nous pourrions identifier ce qu'il faudrait mettre en place pour diminuer le *burn-out* des infirmières libérales.

Propos recueillis par Laure Martin

Pour accéder au questionnaire : <http://limesurvey.univ-fcomte.fr/index.php?sid=43241&lang=fr>

52

<sup>52</sup> MARTIN L., [www.espaceinfirmier.fr](http://www.espaceinfirmier.fr)

## **XII. BIBLIOGRAPHIE**

<b>Ouvrages</b>
ARSI sous la direction de Monique FORMARIER et Ljiljana JOVIC, Les concepts en sciences infirmières, 2 <sup>ème</sup> édition. Editions MALLET CONSEIL, 2012.
L. BRISSET, M. ARCAND, J. BONNET, Soigner sans s'épuiser. Gaëtan Morin éditeur – Europe, Levallois Perret, 1998.
M-C DAYDE, Regard sur la profession d'infirmière libérale, Collection Soigner et accompagner, Série Soins infirmiers à domicile. Editions Lamarre, Rueil Malmaison, 2007.
P. MANNONI, Les représentations sociales. Collection Que sais-je ? Presses Universitaires, Paris, 1998.
S. TRIBOLET – C. PARADAS, Guide pratique de psychiatrie, Collection réflexes, 5 <sup>ème</sup> édition revue. Editions heures de France, Paris, 2003.
W. HESBEEN, La qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante, 2 <sup>ème</sup> édition. Retirage février 2016. Editions Masson, Paris, 1998, 2002.

<b>Chapitres d'ouvrage</b>
BRUNAUT P., FOUQUEREAU E., GILLET N. La qualité de vie au travail. In : Sous la direction de COLOMBAT Philippe. Qualité de vie au travail et management participatif. France : Editions Lamarre, 2012, pp 49-63.
DUBOURG P. Facteurs prérequis de qualité de vie au travail ; In : Sous la direction de COLOMBAT Philippe. Qualité de vie au travail et management participatif. France : Editions Lamarre, 2012, pp 65-71.

FANGUIN D. La psychanalyse, Principaux concepts freudiens. Les instances psychiques : Ça, Moi et Surmoi. Editions Ellipses, 2009, pp 41-45.

FORMARIER M. La relation de soin, concept et finalités. Recherches en soins infirmiers n°89. Editions Association de recherche en soins infirmier ARSI, 2007, pp 33-42.

SUTTER Pierre-Eric. Le travail, c'est la santé ! Réinventer le sens de son travail. Editions Odile Jacob. Paris, 2013, pp 187-213

#### Articles de revue

AMBROSINO Florence et LANDRAU Véronique. Je m'installe en libéral. Les clés pour réussir, infirmiers.com édition 2016/2017, ISEOS, Ivry sur seine, septembre 2016

GHADI Véronique et LE-LUDEC Thomas. Bien-être et plaisir au travail. La revue de référence infirmière SOINS, novembre 2014, n°790, pp 23 – 56

#### Sitographie

DIRECTION DES SYSTEMES D'INFORMATION CENTRE NATIONAL DE RECHERCHE SCIENTIFIQUE. Qu'est-ce que l'ergonomie et plus spécifiquement l'ergonomie logicielle ? [en ligne]. Disponible sur : <https://www.dsi.cnrs.fr/methodes/ergonomie/definition.htm> (consulté le 05/01/2017)

DIRECTION GENERALE DES ENTREPRISES. Le secteur des professions libérales [en ligne]. Modifié le 21/12/2016. Disponible sur : <http://www.entreprises.gouv.fr/secteurs-professionnels/les-professions-liberales?language=en-gb> (consulté le 01/04/17)

HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Développement professionnel continu [en ligne]. Publié le 24/02/2017. Disponible sur : <http://www.has->

<p><a href="http://sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc">sante.fr/portail/jcms/c_1288556/fr/developpement-professionnel-continu-dpc</a> (Consulté le 19/03/2017)</p>
<p>HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. La certification, la qualité des soins et la qualité de vie au travail [en ligne]. Publié en novembre 2013. Disponible sur : <a href="https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf">https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-04/qvt_reco2clics.pdf</a> (consulté le 19/03/17)</p>
<p>HAUTE AUTORITE DE LA SANTE. Qualité de vie au travail [en ligne]. Publié le 19/01/15. Disponible sur : <a href="http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail">http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_990756/fr/qualite-de-vie-au-travail</a> (consulté le 02/02/17)</p>
<p>INRS SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL. Milieu de soins, les principaux risques lors de la prise en charge des patients [en ligne]. Mis à jour le 22/04/2016. Disponible sur : <a href="http://www.inrs.fr/metiers/sante/milieus-soins.html">http://www.inrs.fr/metiers/sante/milieus-soins.html</a> (consulté le 30/03/17)</p>
<p>LAROUSSE, Définition « Communication » [en ligne]. Disponible sur : <a href="http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561">http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561</a> (consulté le 29/12/16)</p>
<p>LAROUSSE, Définition « Culpabilité » [en ligne]. Disponible sur : <a href="http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culpabilit%C3%A9/21052">http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/culpabilit%C3%A9/21052</a> (consulté le 31/01/17)</p>
<p>LAROUSSE, Définition « Echec » [en ligne]. Disponible sur : <a href="http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/échec/27446">http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/échec/27446</a> (consulté le 31/01/17)</p>
<p>LAROUSSE, Définition « Fuite » [en ligne]. Disponible sur : <a href="http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#aJOIfcq0Z60O10CZ.99">http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fuite/35506#aJOIfcq0Z60O10CZ.99</a> (consulté le 27/01/17)</p>
<p>LAROUSSE. Définition patient [en ligne]. Disponible sur : <a href="http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiente/58655#M7UhTqy1DTlebeJ">http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/patient_patiente/58655#M7UhTqy1DTlebeJ</a></p>

H.99 (Consulté le 04/12/16)

LEGIFRANCE. Décret n°93-221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières déontologie [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742> (consulté le 20/03/17)

LEGIFRANCE. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id> (consulté le 19/03/17)

LEGIFRANCE. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id> (consulté le 19/03/17)

LINTERN@UTE. Dictionnaire français, définition « conditions de travail » [en ligne]. Disponible sur : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/conditions-de-travail/> (consulté le 31/01/17)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. Comment l'OMS définit-elle la santé. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/suggestions/faq/fr> (Consulté le 30/03/17)

PHOTO 1 DE LA PAGE DE GARDE [en ligne]. Disponible sur : <http://www.planetepartitions.com/fr/partitions-a-l-unite/50259-le-travail-c-est-la-sante-.html> (Consulté le 14/12/16)

PHOTO 2 DE LA PAGE DE GARDE [en ligne]. Disponible sur : [http://www.distrimed.com/images/imagesmulti/051003\\_1\\_b.jpg](http://www.distrimed.com/images/imagesmulti/051003_1_b.jpg) (Consulté le 14/12/16)

SECURITE SOCIALE L'ASSURANCE MALADIE. Lombalgie aigüe [en ligne]. Mis à jour le 16/06/2016. Disponible sur : <http://www.ameli-sante.fr/lombalgie->

[aigue/symptomes-lombalgie-commune-aigue.html](http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/au-jour-le-jour/articles-d-actualite/170210-aigue/symptomes-lombalgie-commune-aigue.html) (consulté le 05/01/2017)

#### Annexes

MARTIN Laure. ESPACE INFIRMIER. Infirmières libérales, participez à cette enquête nationale inédite [en ligne]. Publié le 10/02/17. Disponible sur : <http://www.espaceinfirmier.fr/actualites/au-jour-le-jour/articles-d-actualite/170210-infirmieres-liberales-participez-a-cette-enquete-nationale-inedite.html> (consulté le 19/03/17)

NEVES Chantal, MALAQUIN-PAVAN Evelyne et DEBOUT Christophe. Modèles conceptuels et théories de soins, caractéristiques et utilisation pratique. La revue de référence infirmière SOINS, avril 2008, n°724, p. 40.

## ABSTRACT

### « Cultivating well-being at work to take care of other people »

A bed too low to do a bed wash at her home for a patient and causing me backache, gave me my end of study work. This research paper revolves around the following question : « How can the district nurse representation on the quality of care cause a feeling of guilt and have an impact on her quality of life at work ? » This situation experienced during an internship with a district nurse leads me to wonder about expectations on the quality of care of caregivers. Sometimes confronted with inadequate working conditions, they may feel a sense of guilt due to their ideas of an ideal in their work. In freelance work, the context of care is often at the patient's home. This place is not designed initially to be medicalized and is not always suitable especially from the point of view of ergonomics. From this emerges the research hypothesis that sometimes district nurses make decisions that affect their health and the quality of their lives at work.

**KEY WORDS:** Representations, quality, care, district nurse, guilty, occupational health

## RÉSUMÉ

### « Cultiver son bien-être au travail pour prendre soin des autres »

D'un lit trop bas pour réaliser une toilette à son domicile pour une patiente et me provoquant une douleur dans le dos découle mon travail de fin d'étude. Ce mémoire de recherche gravite autour de la question suivante : « En quoi les représentations de l'infirmier libéral sur la qualité des soins peuvent-elles générer un sentiment de culpabilité et attenter à sa qualité de vie au travail ? » Cette situation vécue lors d'un stage avec une infirmière libérale m'amène à me questionner sur les représentations sur la qualité des soins des soignants. Ces derniers confrontés parfois à des conditions de travail inadaptées, peuvent voir naître un sentiment de culpabilité en raison de représentations qu'ils ont d'un idéal de leur travail. Dans le libéral, le contexte des soins est souvent au domicile du patient. Ce lieu n'est pas conçu au départ pour être médicalisé et n'est pas toujours adapté notamment du point de vue de l'ergonomie. De là, apparaît l'hypothèse de recherche qu'il arrive que des infirmiers libéraux prennent des décisions qui agissent sur leur santé et sur la qualité de leur vie au travail.

**MOTS CLÉS :** Représentations, qualité, soin, infirmier libéral, culpabilité, santé au travail