

Renaud PLOTTON

Travail de fin d'études - Diplôme d'État d'Infirmier

IFSI CROIX ROUGE FRANÇAISE DE SAINT-ÉTIENNE

DU SOIN
À
L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

SOUTENU LE 27 OCTOBRE 2009

PROMOTION 2006 - 2009

Renaud PLOTTON

Travail de fin d'études - Diplôme d'État d'Infirmier

IFSI CROIX ROUGE FRANÇAISE DE SAINT-ÉTIENNE

DU SOIN
À
L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

PROMOTION 2006 - 2009

REMERCIEMENTS

Tout au long de mes années de formation, j'ai côtoyé de nombreux professionnels qui m'ont transmis une partie de leur savoir, qui m'ont aidé à réfléchir sur ma pratique soignante, et qui ont veillé au bon déroulement de ma formation. Je tiens à les en remercier.

Merci aux cadres de service ainsi qu'aux professionnels de santé qui m'ont accordé du temps et qui m'ont permis de réaliser mes entretiens.

Ma reconnaissance va également à mon guidant de mémoire madame Isabelle COGNAT qui m'a permis de réaliser ce mémoire dans les meilleures conditions.

Je remercie l'ensemble de mes proches qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de fin d'étude.

Merci également à tous les employés que j'ai pu côtoyer de près ou de loin, et qui m'ont permis d'évoluer au fil du temps au sein des différents établissements de santé.

SOMMAIRE

SITUATION DE DÉPART	p 6
CADRE CONCEPTUEL	p 11
I LE CADRE DE SOINS	p 12
L'HÔPITAL	p 12
LE PATIENT	p 14
Les droits du patient	p 14
Les devoirs du patient	p 15
LE SOIGNANT	p 16
Les droits du soignant	p 16
Les devoirs du soignant	p 16
II. LA PRATIQUE SOIGNANTE	p 18
LE SOIN	p 18
CONSTAT DE LA SITUATION ACTUELLE	p 19
III. RELATION SOIGNANT/ PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE	p 20
LE PATIENT ET SA MALADIE CHRONIQUE	p 21
LE SOIGNANT ET LA MALADIE CHRONIQUE	p 21
LA RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ	p 22
IV. LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	p 23
LE PERSONNEL À RISQUE	p 24
LES MANIFESTATIONS	p 25
LES CAUSES	p 25
LE MASLACH BURNOUT INVENTORY'S	p 27
ENTRETIENS AVEC LES PROFESSIONNELS MÉTHODOLOGIE	p 29
GUIDE D'ENTRETIEN	p 30
CONSTRUCTION DE L'ANALYSE	p 31
ANALYSE	p 32
CONFRONTATION	p 42
ANNEXES	p 45
Annexe I	p 46
Annexe II	p 50
Annexe III	p 62
BIBLIOGRAPHIE	P 72

**SITUATION DE
DÉPART**

Lors d'un stage en fin de 2^o année, j'étais en psychiatrie dans une unité d'admission. Je prenais en charge un patient de 39 ans atteint de schizophrénie déjà bien connu du service depuis une quinzaine d'années.

De nombreuses sorties à l'insu du service ne permettent pas au patient de se poser et la construction d'un réel projet avec l'équipe est impossible. Des débordements comportementaux amènent le personnel soignant à appliquer la prescription du psychiatre soit des fermetures de cadres systématiques avec l'interdiction de sorties du service, des temps en chambre imposés, le port obligatoire du pyjama. Les appels téléphoniques restent autorisés.

Nous le croisons dans les couloirs plusieurs fois par jour, il est dans la demande, nous le renvoyons à chaque fois au cadre de soins. Le personnel devient de plus en plus directif avec lui et une sensation de tension s'installe lorsqu'il souhaite parler aux soignants. L'équipe soignante et moi-même, nous nous interrogeons sur la marche à suivre afin de prendre en charge au mieux le patient. Le psychiatre nous renvoie au cadre de soins, sans autres formes d'explications.

Des appels téléphoniques lui sont autorisés tous les jours, à heures fixes, comme à l'ensemble des patients du service. Un soir, il demande comme tous les soirs à pouvoir téléphoner à sa sœur. Je me trouve à ce moment dans la salle de soins et je décide de m'occuper de sa demande. J'effectue donc le numéro de téléphone de sa sœur mais personne ne répond. Je demande donc au patient de revenir dans 15 minutes afin que nous réessayions l'appel téléphonique. Il revient au bout d'un quart d'heure pour que je puisse refaire le numéro désiré. Je réessaie donc, mais là encore nouvel échec. Je lui demande de repasser plus tard pour tenter à nouveau l'appel. Une demi heure plus tard, il réitère sa demande mais un autre soignant intervient et dit au patient d'une voix ferme que ça ne sert à rien d'insister, sa sœur ne répondra pas, qu'il n'est pas le seul patient du service, que nous ne sommes pas à sa disposition pour répondre à toutes ses demandes et lui demande d'aller se poser un moment dans sa chambre. Le patient sort alors de la salle de soins et s'exécute. Le soignant me confie qu'il « n'en peut plus », que ce patient lui fait perdre patience, qu'il n'y arrive plus, qu'il essaie de rester le plus professionnel possible mais que son impuissance face à cette situation lui fait perdre son objectivité et son « sang froid ». Il me dit que si moi j'arrive à rentrer en relation avec lui, tant mieux pour moi, mais que lui se sent usé.

Lors de la relève, l'équipe et moi-même avouons ne plus savoir où nous en sommes, nous nous sentons désespérés, impuissants face aux angoisses et au mal être de ce patient, incapables de lui apporter un peu de réconfort, d'apaiser ses maux.

Dans cette situation, le patient déborde du cadre de soins de façon récurrente provoquant une sensation de lassitude de la part du soignant se traduisant par une démotivation et un désinvestissement.

Ce type de situation de débordement de cadre de soins par un patient atteint d'une pathologie chronique peut se retrouver également en dehors de la psychiatrie.

Dans un service d'endocrinologie, un patient célibataire, d'une cinquantaine d'années, était entré pour déséquilibre du diabète depuis une dizaine de jours. Il était diabétique insulino-dépendant depuis de nombreuses années et bien connu du service où il avait déjà fait plusieurs séjours. Un cadre de soins adapté avait été posé avec le médecin et la diététicienne, notamment en matière de régime alimentaire car sa nourriture se composait essentiellement de produits sucrés. Le patient était donc tenu de respecter ces recommandations afin d'équilibrer au mieux son diabète. Durant son séjour, ses glycémies capillaires présentaient des résultats très inattendus face aux mesures mises en œuvre pour le prendre en charge. Lorsque je mesurais ses glycémies capillaires et que celles-ci étaient élevées, je lui demandais s'il n'avait pas consommé de produits sucrés. A chaque fois, il me répondait de manière négative. Au bout de quelques temps, l'équipe s'est rendue compte qu'il se mettait régulièrement en quête de confiseries au sein du service. Tous les matins, il demandait aux aides soignantes lors du petit déjeuner des confitures supplémentaires. A chaque fois, celles-ci remplaçaient le cadre de soins. Il détournait la nourriture sur le plateau de son voisin de chambre qui était âgé et grabataire. Plusieurs fois, il s'était fait rappeler à l'ordre par l'infirmière et moi-même. Nous lui avons ré expliqué à plusieurs reprises l'intérêt de son régime et les risques qu'il prenait en commettant de tels actes.

Un jour, alors que le chariot de service était dans le couloir, nous l'avons surpris en train de prendre des aiguilles afin de pouvoir s'injecter lui-même des doses d'insuline rapide sans aucun contrôle de sa glycémie afin de se mettre en hypoglycémie pour pouvoir bénéficier de collations. Je sentis un grand moment de tension envahir l'infirmière. Elle lui parla d'une voix très ferme en lui demandant s'il se rendait compte de ce qu'il faisait et des impacts que cela pouvait avoir sur sa santé. Elle lui dit que toutes les hospitalisations qu'il faisait ne servaient à rien comme toutes celles qu'il allait faire dans le futur.

Lors de la relève, l'infirmière exprima son désappointement face au comportement de ce patient. Pour elle, il n'avait rien à faire dans ce service. Elle expliqua clairement qu'elle ne voulait plus le prendre en charge.

Dans cette deuxième situation, tout comme dans la première, on retrouve un professionnel épuisé par les débordements successifs du cadre de soins d'un patient. La seconde infirmière traduit son épuisement par une agressivité, puis tout comme le premier par un désinvestissement professionnel.

CHEMINEMENT

Ces deux situations me sont problématiques dans le sens où le soignant perd sa patience et son objectivité devant un patient qui sort du cadre de soins.

- Quels enjeux y a-t-il lors de la prise en charge d'un patient ?
- Comment le soignant vit-il des débordements de cadre de soins ?
- Qu'est ce qui pousse le soignant à arriver à une telle attitude d'abandon ?
- Quelles sont les attentes du soignant vis-à-vis du patient ?
- Quels sont les mécanismes qui amènent à une telle situation de démotivation et de désinvestissement professionnel ?
- N'y a-t-il pas un risque de baisse de qualité des soins ?
- Cette situation est elle représentative du « burn out » ?

Cela m'amène à me questionner sur les difficultés des soignants à rester dans la bienveillance thérapeutique lors de situations où le patient sort du cadre de soins.

- Quelle incidence cela peut il avoir dans la relation entre le soignant et le patient soigné ?
- Quelles sont les limites du soignant face à un patient qui sort du cadre de soins ?
- Quelles sont les limites de la confiance entre un soignant et un patient qui sort du cadre de soins ?
- N'y a-t-il pas un risque de tomber dans la maltraitance ?

Dans ce contexte, je cherche à comprendre les mécanismes menant à ce type de situation. Cela m'amène à la question de départ suivante :

EN QUOI LA CHRONICITÉ D'UNE PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT AYANT UN COMPORTEMENT DÉBORDANT RÉGULIÈREMENT DU CADRE DE SOINS PEUT ELLE CONDUIRE À L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DE L'INFIRMIER ?

En m'appuyant sur les mots clés suivants :

- prise en charge,
- chronicité,
- comportement débordant,
- cadre de soins,
- sentiment de supériorité du soignant,

Mais également grâce aux concepts de

- motivation,
- épuisement professionnel,
- maltraitance,
- relation soignant/soigné,
- bienveillance thérapeutique.

Je vais chercher ce qui se joue lors de prise en charge d'un patient atteint d'une pathologie chronique et ayant un comportement débordant. Quelles sont les attentes du soignant vis-à-vis du patient dans un cadre de soins en milieu hospitalier? Que se passe-t-il lorsque le patient déborde du cadre de soins ? Quelles sont les raisons qui amènent le soignant à l'épuisement professionnel ?

Au regard de cette situation et du questionnement qu'elle a soulevé, j'ai choisi de traiter ce sujet et je vais développer les concepts en jeu dans ces situations. Dans un premier temps, je vais aborder le concept du cadre de soins en présentant les différents protagonistes avec leurs droits et obligations. Ensuite, j'exposerai la pratique soignante, les notions de la santé, la relation que le soignant a avec un malade atteint d'une pathologie chronique puis l'épuisement professionnel en service hospitalier.

CADRE
CONCEPTUEL

I. LE CADRE DE SOINS

En structure hospitalière, les patients sont pris en charge au travers d'un cadre de soins. Il n'existe pas de définition de ce concept.

Le grand Larousse universel définit ces termes ainsi :

Soins : actes par lesquels on veille au bien être de quelqu'un, ensemble des attentions qu'on lui porte, prévenances, sollicitude. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps¹.

Cadre : Ce qui borne, limite l'action de quelqu'un, de quelque chose, ce qui circonscrit le sujet².

Nous allons expliquer ce qu'est le cadre de soins dans une structure hospitalière.

Un établissement hospitalier accueillant du public et travaillant avec des professionnels de santé implique de se conformer à un cadre réglementaire, social, politique, financier, organisationnel et thérapeutique. Le cadre de soins exerce son activité lorsque l'ensemble de ces cadres sont mis en œuvre et lorsqu'il est validé par l'ensemble des parties. Il est donc important de s'assurer que tous les protagonistes en aient pris connaissance et en aient une bonne compréhension.

J'ai choisi de mener cette analyse en m'appuyant sur le fait que le cadre de soins est organisé par des droits et des devoirs fixés pour la structure d'accueil, pour le patient et pour le soignant.

L'HÔPITAL

L'hôpital est un lieu public particulier, il est régi par un ensemble de codes afin que les usagers puissent y être accueillis par des professionnels de la santé dans un but très précis. Nous allons citer d'une manière non exhaustive ces codes et les illustrer pour comprendre leur intérêt au sein d'un tel établissement.

Afin d'accueillir les patients dans une structure adaptée et de pouvoir prodiguer des soins, l'hôpital suit les règles imposées par le **code de santé publique** par exemple, « chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est

¹Grand Larousse universel, édition 1995, page 9663.

² Grand Larousse universel, édition 1995, page 1638.

annexée la charte du patient hospitalisé, conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé³ ».

Le **règlement intérieur** du centre hospitalier est conçu pour fixer les règles de fonctionnement de la structure afin d'assurer le respect des droits et des obligations des patients, des personnels, et de toute personne extérieure à l'hôpital.

D'autre part, les conditions d'application des soins destinés aux patients sont légiférées par le **code de la sécurité sociale** : « l'assuré ne peut être couvert de ses frais de traitement dans les établissements de santé de toute nature que si ces établissements sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux⁴ ».

Afin de pouvoir fonctionner et de mener à bien ses missions, la structure hospitalière dépend d'un cadre politique que nous allons décrire succinctement. Il est fixé par l'**Agence Régionale d'Hospitalisation** qui définit et met en œuvre la politique régionale de l'offre de soins hospitaliers à travers le Schéma Régional d'Offre de Soins. Le **projet d'établissement** fixe les grandes lignes directrices de l'hôpital pour les années à venir. Nous pouvons citer comme exemple le projet d'établissement 2008-2012 du CHU de Saint Etienne qui est un plan de retour à l'équilibre. Le **code de santé publique** a également un rôle dans la politique de l'établissement puisqu'il fixe certaines règles comme la composition du comité consultatif des programmes de formation à l'éducation à la santé⁵.

Afin de maîtriser son budget, l'hôpital dépend d'un cadre financier, pour cela il travaille en parallèle avec des organisations telles que l'**ARH** qui définit la tarification à l'activité. Mais encore par le **code de santé publique** qui fixe des règles financières : les conditions de paiement d'honoraires des patients « aucun paiement d'honoraires ne peut être réclamé aux malades hospitalisés, en sus du tarif de prestation ou de séjour, sauf pour les actes pratiqués dans le cadre de l'activité libérale des praticiens à temps plein et pour les activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation dans les structures médicales⁶ ».

Pour accueillir les usagers de façon optimale, l'hôpital a besoin d'être une entité structurée, cela passe par un cadre organisationnel. Il est divisé en différents pôles d'activité, divisés en services qui ont leur propre organisation. Les unités utilisent de nombreux protocoles mis en place par la direction et par les nombreux acteurs qui cherchent à mieux se comprendre et mieux se coordonner.

³ Article L1112-2, code de santé publique, éditions Dalloz 2004.

⁴ Article L162-21, code de la sécurité social.

⁵ Article D1417-18, code de santé publique, éditions Dalloz 2004.

⁶ Article R6145-25, code la santé publique, éditions Dalloz 2004.

Le **guide du service infirmier** institué par la circulaire ministérielle du 15 mars 1985 expose les normes de qualité recommandées à mettre en œuvre.

Le **cadre thérapeutique** permet la prise en charge globale d'un patient. Il est fixé à un moment précis par un médecin du service avec accord du patient en fonction de sa pathologie. Celui-ci, pour pouvoir être tenu, nécessite donc la collaboration de l'ensemble des parties : le patient, le soignant et la structure de soins.

Dans cette partie, nous venons de voir qu'une structure hospitalière est régie par un ensemble de textes afin que celle-ci puisse accueillir et apporter des soins à du public dans des conditions strictes. Nous allons aborder maintenant ce qu'il en est pour le patient.

LE PATIENT

Étant dans une structure médicale et au contact de professionnels de la santé, le patient est soumis à des règles de vies comprenant des droits et des devoirs. Ceux-ci se retrouvent dans différents textes législatifs que nous allons présenter de manière non exhaustive.

LES DROITS DU PATIENT

Ils sont cités dans la **charte du patient hospitalisé**. Celle ci reprend des grands principes figurant dans différentes lois permettant des rappels législatifs accessibles au plus grand nombre : « le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.⁷ » Cette charte disponible dans tous les lieux de soins est remaniée selon le public auquel elle s'adresse.

Le champ d'application du droit de la santé publique est déterminé par le **code de santé publique**. Pour les patients, il légifère le droit des personnes en matière de santé et le droit propre à certaines populations : « toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant⁸ ».

⁷ Article 1, extrait de l'article XI : résumé de la charte du patient hospitalisé destiné à faire l'objet d'un affichage. Tiré de la charte du patient hospitalisé annexée à la charte ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients.

⁸ Article L1110-3 créé par [loi n°2002-303 du 4 mars 2002](#), chapitre préliminaire relatif aux droits des personnes, code de santé publique, éditions Dalloz 2004.

Le **code de déontologie médicale** vient appuyer les droits aux usagers : « lorsqu'un patient, après ou sans consultation préalable, est hospitalisé, le médecin hospitalier doit tenir au courant le médecin traitant et éventuellement le spécialiste qui a contribué à l'hospitalisation⁹ ».

LES DEVOIRS DU PATIENT

Les devoirs des patients au sein d'une structure hospitalière sont organisés au travers d'un cadre social constitué de plusieurs codes législatifs mais également comportementaux liés à des valeurs communautaires. Nous vivons dans une société où tous les êtres humains ont acquis certains droits dès leur naissance et tous les hommes sont tenus de les respecter les uns envers les autres. Ils sont regroupés dans la **déclaration des droits de l'homme et du citoyen** du 26 août 1789. Elle expose les grands principes de la société : « les hommes naissent et demeurent libres et égaux en droits. Les distinctions sociales ne peuvent être fondées que sur l'utilité commune.¹⁰ ». Afin de pouvoir vivre en société et fixer donc les règles sociales, le **code civil** définit le cadre qui détermine le statut des personnes, des biens, et les relations entre les personnes : « tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer¹¹ ». Lorsqu'un patient a des conduites antisociales au sein de l'établissement, le **droit pénal** s'applique. Il constitue la réaction de la société face à de tels comportements. Il s'exécute grâce au **code pénal** qui se compose de l'ensemble des règles applicables aux infractions en général : « ...les violences volontaires n'ayant entraîné aucune incapacité totale de travail sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de la 4e classe...¹² ».

Nous pouvons constater qu'un certain nombre de ces règles sont communes à tous les français. Mais dans le cas d'un hôpital général il vient s'ajouter d'autres. Car être patient dans une structure de soins suppose être dans un certain lieu au contact de certains professionnels. Ces règles entraînent dans certains cas des contraintes supplémentaires venant s'ajouter à celles du quotidien hors du milieu hospitalier.

Nous allons maintenant aborder les droits et devoirs des soignants.

⁹ Article 63, code de déontologie médicale.

¹⁰ Article premier, déclaration des droits de l'homme et du citoyen.

¹¹ Article 1392, code civil, éditions Dalloz 1990.

¹² Article R624-1, nouveau code pénal, éditions Dalloz 2005.

LE SOIGNANT

Afin de réglementer sa profession, l'infirmier est soumis à plusieurs règles. Celles-ci sont classées dans différents textes de loi dont voici les principaux codes.

LES DROITS DU SOIGNANT

Le **code du travail** régit les rapports entre l'employeur et les travailleurs salariés, subordonnés et exécutants : « constitue une rémunération, le salaire ou traitement ordinaire de base ou minimum et tous les autres avantages et accessoires payés, directement ou indirectement, en espèces ou en nature, par l'employeur au salarié en raison de l'emploi de ce dernier.¹³ ». Les **conventions collectives** ou **accords de branche** sont des accords venant subroger le code du travail. Ils sont le résultat de négociations entre des organisations d'employeurs et des syndicats de salariés reconnus afin de prendre en compte les spécificités de chaque profession.

Le **code de santé publique** détermine le droit des professionnels de santé. On peut y trouver par exemple l'exercice de la profession : « 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 ...¹⁴».

LES DEVOIRS DU SOIGNANT

Les devoirs des soignants sont nombreux et très codifiés, nous pouvons les retrouver dans plusieurs codes et règlements dont les principaux vont être exposés.

Le **règlement intérieur** de l'établissement fixe certaines règles que l'employé doit respecter « ...les mesures d'application de la réglementation en matière de santé et de sécurité dans l'entreprise ou l'établissement...¹⁵ ».

Le **code du travail** régit les règles entre l'employeur et le salarié. Il permet à l'employeur l'application de certaines règles : « lorsqu'il est mis fin à la période d'essai par le salarié, celui-ci respecte un délai de prévenance de quarante-huit heures...¹⁶ ».

¹³ Article L3221-3, code du travail, éditions Dalloz 2005.

¹⁴ Article L4311-1, code de santé publique, éditions Dalloz 2004.

¹⁵ Article L1321-1 concernant le règlement intérieur, code du travail, éditions Dalloz 2005.

¹⁶ Article L1221-26, code du travail, éditions Dalloz 2005.

Le **code de santé publique** définit l'organisation de la profession et les règles professionnelles : « l'ordre national des infirmiers veille au maintien des principes d'éthique, de moralité, de probité et de compétence indispensables à l'exercice de la profession d'infirmier et à l'observation, par tous ses membres, des devoirs professionnels...¹⁷ ».

Le **code de déontologie universel de la profession d'infirmière** définit les règles professionnelles, la pratique soignante ainsi que le travail pluridisciplinaire.

Le **code de l'action sociale et des familles** vient étayer le soignant sur la prise en charge de certaines populations, nous pouvons citer par exemple la protection des mineurs en danger¹⁸.

Le travail du soignant est régi par des règles communes à l'ensemble des professions. Mais de par la spécificité d'une telle fonction, l'infirmier est également soumis à d'autres textes réduisant ainsi la flexibilité de son cadre professionnel.

Tous ces codes, ces règles nous aident à prendre en charge le patient du mieux possible, mais parfois, ceux ci sont en contradiction et opposent le monde médical et paramédical au patient. Prenons l'exemple d'un patient séropositif, le médecin et les professionnels paramédicaux sont tenus au secret professionnel, mais qu'en est-il si le patient ne veut pas révéler son état à son conjoint. Nous sommes dans un cas de non assistance à personne en danger mais nous sommes liés au secret professionnel et d'aucune manière la législation ne peut nous venir en aide.

Comme nous venons de l'observer, le cadre de soins est un ensemble complexe de codes, de lois, et de règles constituant plusieurs cadres se superposant. Ceux ci se complètent mais peuvent être en contradiction. Il est donc important que tous les acteurs de la prise en charge les maîtrisent et les respectent. Afin de pouvoir être mis en place et fonctionner de manière pérenne, le cadre de soins doit tenir compte de l'ensemble des différents cadres qui sont interdépendants les uns des autres.

Le cadre de soins est le contenant de toute une activité dirigée dans le sens de la santé et du prendre soin comprenant les patients, le monde médical/paramédical et l'hôpital incluant toute

¹⁷ Article L4312-1, code de santé publique, éditions Dalloz 2004.

¹⁸ Article L.226-1 à L.226-13, code de l'action social et des familles article, éditions Dalloz 1993.

son organisation. Par ailleurs, de par son existence, il peut être vécu comme un contenant parfois trop rigide et trop oppressant pour certains de ses acteurs qui parfois le transgressent. De nombreux auteurs se sont interrogés sur les contraintes fixées par les organisations. Il en résulte que l'être humain qui devient un acteur se « saisit des opportunités qui s'offrent à lui »¹⁹ pour adapter le cadre dans lequel il évolue afin de répondre aux différents problèmes rencontrés. Cela se met en place pour l'ensemble des acteurs du système afin de rendre possible la coopération entre les parties.

L'activité principale d'un établissement de santé consiste à prodiguer des soins, cela passe par la prise en charge d'une personne malade par une équipe soignante. Nous allons maintenant nous intéresser à la pratique soignante dans le contexte actuel.

II. LA PRATIQUE SOIGNANTE

La pratique soignante est en lien direct avec la santé. Depuis la fin du XX^e et le début du XXI^e siècle, cette dernière se caractérise sous plusieurs approches : elle peut être vue sous la forme de quelque chose dont l'organisme fonctionne normalement, mais également un bon équilibre des fonctions psychiques, ou encore de l'état de l'organisme bon ou mauvais²⁰.

Selon l'OMS, la santé est un état de bien-être total physique, social et mental de la personne.

LE SOIN

Le conseil international des infirmières définit les soins infirmiers comme « les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tout âge, aux familles, aux groupes et aux communautés (malades ou bien-portants) quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes ».

W. Hesbeen, dans son ouvrage, complète en définissant le soin comme « la rencontre et le cheminement entre une personne soignante professionnelle ou non, ayant pour intention d'être aidante envers une personne soignée nécessitant d'être aidée »²¹.

¹⁹ M. Crozier, E. Friedberg, L'acteur et le système, édition Le seuil 1997.

²⁰ Grand Larousse universel, édition Larousse 1995, page 9317.

En fonction de ces deux approches, sont différenciés le soin qui est un acte et la qualité du soin intégrant une dimension relationnelle qui passe par l'expression « prendre soin ».

W. Hesbeen explique que le « prendre soin » est une attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui ou pour lui. Il s'agit d'une inscription dans la vie de tous les jours. Les personnes qui prennent soin sont souvent considérées comme les aidants naturels. Quant à la notion de faire des soins, elle concerne des professionnels de santé ou non qui se veulent soignants, qui tenteront de venir en aide dans une situation de vie particulière.

B. Honoré dans la préface de l'ouvrage de W. Hesbeen explique que ces deux notions sont complémentaires mais il inclut la notion de compréhension de l'acte et du sens donné à celui-ci.

Ces différentes notions renvoient au fondement même du soin. Malheureusement, elles sont parfois en décalage avec les réalités du quotidien des services de soin que nous allons aborder.

CONSTAT DE LA SITUATION ACTUELLE

La prise en charge médicale du patient

W. Hesbeen remarque que dans la médecine actuelle, une médecine performante qu'il qualifie de « techno scientifique », le soignant travaille sur un « corps objet » très axé sur la maladie, ne laissant que très peu de place à la prise en charge de la personne en tant qu'être humain. Les soins ne sont réalisés qu'à un corps malade ; contrairement aux médecines qualifiées de douces qui lient le corps à l'esprit²².

Raymond GUEIBE explique que dans notre société, seule l'absence de maladie est recherchée²³.

Ces faits reportés montrent aujourd'hui que de plus en plus de patients se tournent vers les médecines parallèles avec une prise en charge décrite comme plus personnalisée et plus globale.

²¹ Walter Hesbeen, la qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, éditions Masson 2002.

²² **Walter Hesbeen**, la qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante. Edition Masson 2002.

²³ R.GUEIBE, Quelle formation pour quelle pratique de la médecine ? Impact pour l'ensemble des professionnels de santé », in Actes du congrès international « Le soin infirmier dans le système de santé. Quel avenir pour quel soin infirmier ? » ENSP/UCL, Saint Malo, 10-12 mai 1995.

L'économie influant sur le soignant

Pascal Macrez, consultant en communication et spécialiste des structures hospitalières constate qu'il existe de fortes tensions dans les établissements hospitaliers liées au manque d'effectif, à la baisse du nombre de lits et à une judiciarisation des conflits²⁴.

W. Hesbeen voit dans l'organisation actuelle du système de soins en France²⁵ des contraintes économiques amenant une baisse de la masse salariale, entraînant de nouvelles modalités dans la prise en charge des patients. En effet, la baisse de personnel engendre une nouvelle organisation limitant le temps passé avec chaque patient et avec leur famille, ce qui entraîne les professionnels de santé à se centrer sur les « actes à poser » (toutes les toilettes dans le service doivent être réalisées avant 10 heures du matin quoiqu'il arrive), induisant une rigidification des comportements telle une réponse stéréotypée entraînant une déshumanisation de la relation.

Nous observons dans les services que malgré ces contraintes organisationnelles, le personnel soignant tente comme il le peut de rendre ce cadre flexible. Il essaie de l'adapter au maximum afin d'humaniser les situations quitte à déborder lui-même de son cadre (en ne prenant pas sa pause par exemple).

Nous venons de voir que la pratique soignante consiste à effectuer des actes techniques, mais également réfléchis dans une démarche de prise en compte de la personne dans sa globalité. Cette réflexion n'est pas aisée à mettre en œuvre dans la politique de santé actuelle.

Après avoir étudié le concept du cadre de soins qui repose sur les trois acteurs : l'hôpital, le patient et le soignant. Nous allons aborder ce qui se joue entre le patient et la maladie

²⁴ L'aide-soignante vol 2005, n°0067 - mai 2005 page 11.

²⁵ Bernard Honoré dans Walter Hesbeen, prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, édition Masson 1997.

chronique, le soignant et la maladie chronique et les interactions entre les deux et ce qui peut entraîner le patient à déborder du cadre de soins.

III. RELATION SOIGNANT/ PATIENT ATTEINT D'UNE MALADIE CHRONIQUE

La maladie englobe toutes sortes de pathologies, des plus simples aux plus graves. À l'heure actuelle, grâce aux progrès de la médecine, certaines pathologies lourdes peuvent être traitées mais deviennent chronique car elles restent inguérissables. L'encyclopédie Larousse contraste le terme chronique avec le terme aigu et intègre des notions de longue durée²⁶. Les maladies chroniques nécessitent donc des prises en charge pluridisciplinaires sur plusieurs années.

Dans cette partie, nous allons développer les répercussions qu'elle entraîne sur les patients, les soignants et les relations engendrées.

LE PATIENT ET SA MALADIE CHRONIQUE

Les ouvrages traitant de la maladie chronique²⁷ décrivent celle-ci comme une modification de l'état de santé d'une personne entraînant une perturbation de ses habitudes quotidiennes, ainsi qu'un bouleversement de son univers physique et psychique.

La vie avec une maladie chronique à partir de l'annonce du diagnostic entraîne le patient dans les différentes étapes du deuil. Elles l'amèneront à faire le deuil de son état de santé antérieur et à accepter plus ou moins la maladie chronique. Elizabeth Kübler-Ross décrit les cinq étapes du deuil : le déni, la colère, le marchandage, la tristesse et l'acceptation. Certains patients n'atteindront jamais cette dernière phase. Ils utiliseront des moyens de protection pour conserver leur intégrité psychique pour faire face à une angoisse de mort lorsque la maladie chronique met en péril leur vie.

LE SOIGNANT ET LA MALADIE CHRONIQUE

²⁶ Grand Larousse universel, édition 1995, page 2216.

²⁷ *Dominique Simon, Pierre-Yves Traynard, François Bourdillon, André Grimaldi éducation thérapeutique, prévention des maladies chroniques*, éditions Masson ; *Alain de Broca, deuils et endeuillés, éditions Masson 2006* ; *Séverine Rézette, Psychologie clinique en soins infirmiers, éditions Masson 2008.*

Le diabète est une des pathologies les plus représentatives des maladies chroniques, de nombreux documents²⁸ traitent de ce sujet. Ils expliquent que la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie chronique nécessite une prise en charge au long cours. Les soins permettent de contrôler, stabiliser la maladie, mais pas de la guérir.

Dans ce type de pathologie, la prise en charge est basée sur l'éducation thérapeutique, la psychologie et l'accompagnement dans la durée. Dans cette prise en charge globale, le soignant ne s'en arrête pas à son rôle prescrit, il ne travaille pas sur un « corps objet » mais il identifie les différents besoins de la personne et par la suite met en œuvre des actions à travers son rôle propre.

Contrairement à la pathologie aiguë, la pathologie chronique ne se guérit pas. Le soignant en a conscience et adapte son comportement (référence cahier de l'infirmière). Par ailleurs, André MALRAUX dans son ouvrage Antimémoires dit que « les millénaires n'ont pas suffi à l'homme pour apprendre à mourir ». En effet, les soignants sont « des survivant de deuils multiples²⁹ ».

Pour faire face à cela lors de certaines pathologies chroniques incurables, le soignant met des barrières psychologiques car la mort est « comprise comme un échec³⁰ ». Ce n'est que lorsqu'arrive une fin de vie que le soignant n'est plus dans le « savoir guérir », mais qu'il se trouve dans un « savoir accompagner » et qu'il se retrouve inévitablement dans le « prendre soin ». A contrario, dans certain cas le patient n'est pas vu sous cet angle. Le corps médical et paramédical pratiquent une certaine forme de « médecine technoscientifique » qui n'est pas adaptée à la situation. C'est pourquoi, il est nécessaire qu'une véritable relation entre soignant et patient porteur d'une maladie chronique s'établisse le plus tôt possible.

Notre réflexion débouche sur la relation entre le soignant et le patient.

LA RELATION SOIGNANT/SOIGNÉ

Hartup définit la relation comme « une accumulation d'interactions entre individus qui durent et qui impliquent des affects, des attentes et des représentations spécifiques »³¹.

²⁸ www.diabsuf.com.

²⁹ E. Goldenberg, aider les soignants en souffrance, JALMALV n°.14, 1988.

³⁰ C. Bernard, S. Erbaz, V. Meininger, les bénéfices du doute dans la mort à vivre, revue Autrement février 1994.

³¹ Étude de Hartup, 1988.

Lors de la rencontre d'un patient et d'un soignant, chacun des deux protagonistes se retrouve ancré dans un rôle. L'un est dans la position de l'offreur et l'autre dans la position de demandeur. L'un regarde l'autre. Le soignant, du fait de sa bonne santé, est en position de domination contrairement au patient dont l'état de santé se dégrade³². Ainsi, chacun ne laisse transparaître que ce pour quoi il est venu. Quant à A. Tourraine, sociologue, il reconnaît que la compétence du soignant lui donne un pouvoir. Le patient a une certaine subjectivité qui le place dans un état d'infériorité. Le patient accorde toute sa confiance dans les compétences et le savoir du soignant afin de pouvoir continuer à maintenir son état de santé. Cette confiance absolue met alors le soignant dans une position de toute puissance.

Par ailleurs, certains auteurs imaginent une relation « individu-soignant/individu-malade³³» reposant sur le concept que la pratique ne va pas que dans le sens « malade-patient/soignant-accompagnant », afin que puisse s'établir une relation entre particuliers sans enjeux de pouvoir.

Dans cette partie sur la relation soignant/patient atteint d'une maladie chronique, nous avons abordé le fait que la maladie chronique est une pathologie engendrant de fortes modifications de modes de vie, entraînant une prise en charge globale et pluridisciplinaire.

Elle influe également sur le soignant en fonction de ce que lui renvoie le patient. Ainsi l'attitude du soignant et son engagement ont une place prépondérante.

Ces écrits nous renvoient à des notions de pouvoir, confiance engendrant une relation de dépendance. Celle-ci peut entraîner un risque de surinvestissement de la part des deux protagonistes. Si ces notions ne sont pas dépassées, elles peuvent entraîner de la souffrance et conduire à un déséquilibre.

Par ailleurs, afin que la relation soignant/patient s'établisse dans les meilleures conditions, le patient et le soignant doivent respecter au maximum le cadre mis en place. Mais particulièrement lors de maladies chroniques, nous assistons à des débordements de la part des deux protagonistes car ces pathologies lourdes imposent des contraintes que le patient

³² W. Hesbeen La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, éditions Masson.

³³ C. Berbard, S. Erbaz, V. .Meininger, Les bénéfices du doute dans la mort à vivre, revue Autrement, février 1994.

essaie parfois de contourner et le soignant d'adapter les règles pour pouvoir continuer la prise en charge.

Lorsque le soignant n'arrive plus à faire face à un comportement débordant et que le cadre est trop souvent mis à mal, des situations d'épuisement professionnel peuvent apparaître. C'est ce que nous allons aborder en quatrième partie.

IV. LE CONCEPT D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL

Les définitions de l'épuisement professionnel sont abondantes, de nombreux auteurs s'y sont intéressés. C'est un concept récent lié à l'environnement différent selon le regard que l'on y porte.

L'encyclopédie Larousse définit ainsi ces termes :

Épuisement : action de d'user jusqu'au bout, de tarir. C'est un état de faiblesse extrême.³⁴

Professionnel : adjectif qualifiant l'appartenance à une profession³⁵.

En associant ces deux mots, nous pouvons définir l'épuisement professionnel comme le fait d'être utilisé par l'exercice de la profession.

L'OMS caractérise l'épuisement professionnel comme « un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et de capacité à aboutir à des résultats concrets au travail ». L'épuisement professionnel n'est pas inscrit comme une maladie professionnelle intégrée au DMS IV. C'est une pathologie classée dans la catégorie des troubles de l'adaptation.

Cette pathologie est également appelée à travers le monde Burn Out Syndrome.

LE PERSONNEL À RISQUE

Dans les années 1970, la majorité des auteurs comme Christiana Maslach, Herbert Freudenberger, Aline Mauranges, Cary Cherniss (hormis ceux qui étudiaient cette pathologie à travers une approche motivationnelle Wilmar Schaufeli, Ayala Pines) s'accordaient à dire qu'il s'agissait d'une maladie de la relation. Elle touchait les professionnels qui étaient en relation avec du public et qui avaient pour fonction d'aider autrui et d'une façon plus

³⁴ Grand Larousse universel, édition 1995, page 3834.

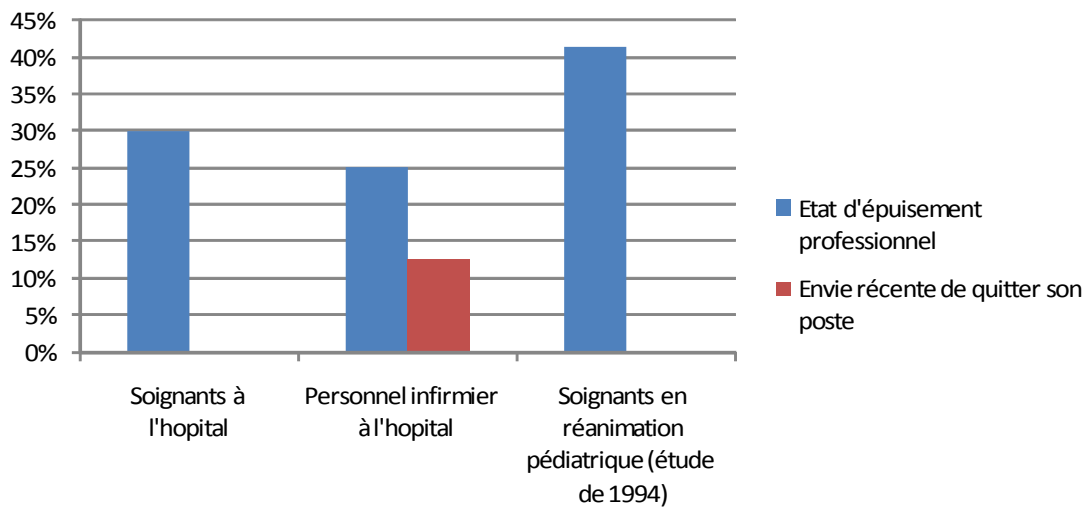
³⁵ Grand Larousse universel, édition 1995, page 8491.

importante pour les novices du métier. Les personnes les plus assujetties à l'épuisement professionnel étaient les enseignants, les professionnels médicaux et de santé mentale, les avocats et les personnes effectuant du bénévolat.

De nos jours, l'Institut Douglas spécialisé en santé mentale au Canada observe que toutes les professions sont sujettes à l'épuisement professionnel. Les causes se sont multipliées et peuvent entraîner donc tous types de professionnels au burn out.

Épuisement professionnel

(Rodary C, Gauvain -Piquard A. et coll., *Stress et épuisement professionnel, Objectifs Soins, 1993, 16 -26-34/ réanimation et psychologie, 1994*)



LES MANIFESTATIONS

La majorité des auteurs s'accordent à dire que l'épuisement professionnel se manifeste par un syndrome tridimensionnel³⁶ :

Le sentiment d'épuisement émotionnel caractérisé par une baisse de motivation, une sensation de stress.

³⁶ Étude de Christina Maslach et Susan Jackson.

La diminution du sentiment d'accomplissement personnel. Elle peut s'exprimer par le sentiment de ne plus être efficace, par une frustration du sens que le professionnel avait du métier. Ce qui va l'entraîner à douter de lui-même, de ses capacités et le démotiver.

La dépersonnalisation de la relation qui va mettre à distance les émotions. Elle permet le détachement des affects de la réalité mais elle dresse une barrière qui isole le professionnel. C'est une stratégie pour faire face à l'épuisement, mais mal adaptée à la relation.

LES CAUSES

Les causes liées au syndrome de burn out sont de plusieurs ordres. Elles peuvent être classées en trois catégories : psychologiques, environnementales et organisationnelles. Elles sont toutes issues d'observations, d'entretiens et d'analyses à partir de recherches cliniques.

Causes psychologiques

Elles sont décrites par de nombreux auteurs et se caractérisent par :

Des attentes élevées à l'égard de soi-même poussant au perfectionnisme et à une atteinte à des objectifs fixés qui si ils ne sont pas atteints peuvent conduire à un épuisement professionnel.

Le faible sentiment d'appartenance et d'estime de soi peut entraîner un employé à la culpabilité répétitive.

La chronicité de certaines situations conduit à une adaptation extrême de la souffrance entraînant des séquelles psychologiques.

Le stress (selon la vision transactionnelle de Cary Cherniss³⁷) provient d'un déséquilibre entre les exigences de travail et les ressources de l'individu. Il conduit à un état de tension, d'anxiété, de fatigue émotionnelle, puis une réduction du but initial, une idéalisation de la situation, des attitudes détachées, mécaniques. L'auteur considère cela comme du coping défensif pouvant mener au burn out. Des enquêtes ont révélé en France en 2005 que 41,9% des salariés déclarent vivre des situations de tension dans leurs rapports avec le public, et 24,3% avec du personnel de leur entreprise³⁸.

La motivation, selon Ayala Pines, si elle est écrasée par des pressions externes, des exigences contradictoires, un environnement défavorable, entraîne l'impossibilité de la réalisation des

³⁷ [Cary Cherniss](#), Professional Burnout in Human Service Organizations.

³⁸ www.travail-solidarite.gouv.fr.

objectifs. Herbert Freudenberger définit l'épuisement professionnel comme « la perte de motivation pour son travail ».

Le rejet de la mort et des accidents de la vie dans des lieux spécialisés.

Causes environnementales

Elles sont liées à la santé individuelle, aux relations familiales et sociales, aux lieux de vie, aux valeurs, croyances et engagements personnels et professionnels.

Causes organisationnelles

Des effets nocifs sur la santé mentale peuvent être observés s'il y a persistance de certaines situations professionnelles comme :

Une surcharge de travail,

Des difficultés dans la communication,

Des responsabilités mal définies,

Un déséquilibre entre les efforts fournis et la reconnaissance obtenue

Ces situations engendrent des formes de stress chronique plus ou moins intenses selon les personnes et peuvent les conduire à des somatisations de type obésité, maladies cardiovasculaires....

Par ailleurs, en ce qui concerne la population des soignants, W. Hesbeen explique que « chaque professionnel, pour pouvoir exercer son « art soignant », a besoin d'un espace de liberté pour pouvoir être dans un service de qualité ³⁹ ». Malheureusement, cette pratique est difficilement applicable car l'espace de liberté est une notion difficilement quantifiable pour un service de ressources humaines dans un établissement de soins.

Du côté des soignants, ce type de fonctionnement est assez dévalorisant car ces tâches à effectuer sont réalisables par tout un chacun avec un peu d'entraînement. Cela engendre un sentiment de perte d'identité professionnelle et donc une baisse réelle de motivation.

Au regard de ces éléments, il a pu être établi un outil permettant de mesurer le syndrome d'épuisement professionnel.

LE MASLACH BURNOUT INVENTORY'S

³⁹ *Walter Hesbeen, Bernard Honoré*, prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, *édition Masson*.

C'est un instrument utilisé pour évaluer le syndrome d'épuisement professionnel. Il est adapté en plusieurs langues et employé à travers le monde. Il est bâti autour de trois axes de manifestations de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la réduction de l'accomplissement personnel.

Ce document est présenté en annexe 1

Nous avons observé dans cette partie que l'épuisement professionnel est un fait avéré depuis la fin du XX^{ème} siècle, qu'il est reconnu par de nombreux scientifiques et touche principalement les professionnels de la relation, mais il n'est pas reconnu comme une pathologie liée au travail. Il est le résultat d'un syndrome tridimensionnel composé de causes psychologiques, environnementales et organisationnelles. Il a pour conséquence un mal être du professionnel pouvant entraîner diverses conséquences pouvant conduire à la maltraitance du patient sous différentes formes.

Nous venons d'étudier dans cette partie plusieurs concepts qui nous ont éclairés sur le cadre de soins, il est composé de plusieurs acteurs qui cohabitent. Pour cela, il existe des règles que chacun devra comprendre, s'appropriier et adapter afin que les soins puissent être réalisés dans les meilleures conditions possibles. Actuellement, il existe plusieurs approches du soin qui peuvent être plus ou moins mises à mal par le contexte actuel difficile. Par ailleurs, la relation entre le soignant et le patient atteint d'une pathologie chronique peut entraîner des perturbations dans la prise en charge. Les acteurs perçoivent et gèrent cette pathologie d'une façon différente selon leur place dans la relation, et selon ce que chacun renvoie à l'autre. Tous ces concepts sont en lien direct avec le syndrome d'épuisement professionnel, qui est un des risques du métier de soignant.

Après avoir étudié sur un plan théorique ces différents concepts, je vais me tourner vers les professionnels et recueillir leurs témoignages concernant ce sujet.

ENTRETIENS
AVEC LES
PROFESSIONNELS
-
MÉTHODOLOGIE

GUIDE D'ENTRETIEN

Suite à mes différentes recherches documentaires, je m'oriente alors vers les professionnels de santé ; qui au cœur du problème pourront compléter mes recherches et peut être m'apporter un regard différent.

L'objectif de la recherche est de savoir si le soignant est capable de reconnaître une situation où le patient déborde du cadre de soins et comment il gère cette situation ? Aujourd'hui face à son vécu où en est-il au regard de l'épuisement professionnel ?

Ces entretiens ont pour but d'étayer et de confronter mes explorations bibliographiques à l'analyse que je vais réaliser, afin de faire évoluer ma réflexion.

LE LIEU D'ENQUÊTE

Le lieu d'enquête sera dans des services d'hémodialyse. Ce sont des lieux où les patients sont atteints de pathologie chronique entraînant une prise en charge importante. De plus, ils viennent en service pour un traitement qui dure de nombreuses années et ils côtoient les soignants de façon pluri-hebdomadaire. Afin de permettre une étude plus complète et n'impliquant pas un seul établissement, j'ai choisi de m'adresser à du personnel infirmier de différents sites.

L'ÉCHANTILLON

En termes d'échantillonnage, j'ai choisi d'interroger trois soignants d'âge moyen et mixte.

CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE

Le questionnaire est construit autour de questions ouvertes afin d'obtenir des réponses riches et personnalisées permettant une bonne analyse du contenu.

1. Quelles sont les situations où les patients débordent du s ? Quels peuvent en être les raisons selon vous ?
2. Comment ressentez vous ces situations ?

3. Quels sont les moyens mis à votre disposition pour exprimer ce que renvoie le patient lors de débordement de cadre de soins ? En quoi sont-ils efficaces ?
4. Quels sont les impacts du débordement de cadre de soins sur votre prise en charge des patients ?

CONSTRUCTION DE L'ANALYSE

TRI DES RÉPONSES

Par peur de jugement ou d'interprétation, j'ai décidé d'enregistrer et de retranscrire les entretiens tels qu'ils m'ont été dictés avec l'accord des professionnels (annexe II). J'ai fait le choix de ne pas étudier les questions posées de façon linéaire car les soignants interrogés n'y ont pas forcément répondu dans le bon ordre. Une analyse par thème semble donc plus appropriée. Au regard des questions du cadre d'entretien, j'ai déterminé quatre items :

- Les situations de débordement du cadre de soins ainsi que leurs manifestations.
- Le vécu des soignants par rapport à des situations de débordement du cadre de soins.
- Les moyens d'aide à la verbalisation mis en place par et pour les soignants.
- Les impacts sur la prise en charge des patients.

Après avoir retranscrit les trois entretiens, j'ai élaboré un tableau regroupant toutes les réponses de chacun, item par item (annexe III). Cet outil m'a permis de bien visualiser les réponses données et de pouvoir ainsi les comparer mais aussi de les regrouper.

ÉLABORATION DE L'ANALYSE

Dans mon analyse, j'utilise des caractères en italiques qui font référence aux citations des différents professionnels entretenus. Les références telles que (S1), (S2) ou (S3) renvoient aux propos qui ont été rapportés par le soignant 1, 2 ou 3.

ANALYSE

LES SITUATIONS DE DÉBORDEMENT DU CADRE DE SOINS ET LEURS MANIFESTATIONS

Les différents professionnels observent plusieurs types de débordements liés à plusieurs causes, je les ai regroupées selon ce que les soignants m'ont rapporté.

LE CONTRÔLE ET LA MAÎTRISE DU PATIENT SUR SA PRISE EN CHARGE.

- Les patients souhaitent avoir le contrôle sur leur prescription « *avoir le fin mot sur leur prescription* » (S1) et sur les horaires « *on a 5 minutes de retard, des patients qui d'habitude patientent 5/10 minutes vont d'un coup s'en prendre à nous* » (S2).
- Ils désirent maîtriser leur prise en charge, « *ça ne leur plaît pas ce qu'on a programmé sur la machine* ». Ils estiment connaître parfaitement la pathologie de par la chronicité de celle-ci « *ils estiment se connaître, du coup connaître la maladie, connaître comment ça marche* », et pouvoir dicter aux soignants « *leur propre prescription* », « *des chroniques qui pensent en savoir plus que le corps médical* » sans que personne ne puisse transiger avec leur décision.

DES DIFFICULTÉS DANS LA COMMUNICATION

Le manque de **distance relationnelle** :

- Le degré de proximité n'est plus adapté à une situation de soins « *la relation nous dépasse, la limite, on arrive plus à la mettre* » (S1) lié à une fréquentation pluri-hebdomadaire « *c'est lié à la chronicité, le fait qu'on les voit tous les jours* » (S1).
- Les relations de proximité sont trop importantes entre le patient et le soignant, cela peut se traduire par du tutoiement, des « *blagues grivoises* » (S1).

Ce phénomène déborde et peut se manifester par de **l'agressivité et de l'opposition** :

- Il peut s'agir d'agressivité physique et verbale envers les soignants « *une infirmière qui a pris une gifle par un patient qui était énervé* » (S1); « *on en entend pratiquement tous les jours* » (des insultes) (S2).

- Les patients certaines fois refusent, menacent d'interrompre le soin. Parfois même ils passent à l'acte « *des patients qui ont carrément enlevé leur aiguille* » (S2).

Une **incompréhension** de la part du patient :

- Il existe une mauvaise interprétation de la part des patients sur le rôle du soignant et du soin « *il y a des jours où la personne elle va entendre le coté « on est là pour vous soigner, si vous ne venez pas c'est le contraire, vous êtes encore plus malade* » » (S1).

- Il existe une mauvaise interprétation des propos des soignants « *ils vont se sentir soit blessé par l'infirmière alors que ce n'est pas le cas* »(S2).

- Des comportements liés à l'incompréhension du soin et de son importance par les patients « *s'il enlève son masque pendant le pansement du cathéter, c'est qu'il a mal compris et mal jaugé l'importance du soin.* »(S3).

UNE CAUSE LIÉE AU CARACTÈRE DES PERSONNES

Le soignant numéro 2 n'arrive pas toujours à identifier les causes de certains de ces débordements « *On ne sait pas exactement pourquoi et d'un coup ça va déborder, je sais pas* » (S2).

- Il pense que cela est lié au caractère des personnes qui reproduisent au sein de la structure ce qu'ils font à l'extérieur, « *je pense que c'est lié au fait que les gens sont ici comme ils sont à l'extérieur, je pense qu'il y a des acariâtres de partout et qu'ils le sont ici comme ils sont à l'extérieur* » (S2).

- Les patients ne comprennent pas le principe de priorisation des soins ni le fait qu'un soignant s'occupe d'une personne qui en a besoin alors qu'il est l'heure de les débrancher et ils ne supportent pas d'attendre « *un patient ce jour n'est pas bien donc on s'occupe d'abord du patient qui ne va pas bien et les autres passent après parce qu'on priorise les soins. Et ben ça, ils ne le comprennent pas* » (S2). De ce fait, ils n'acceptent pas les retards que peuvent rencontrer les équipes « *quand vous êtes en train de vous occuper d'un patient qui a vraiment besoin de vous et qu'à coté on vous appelle en vous disant « c'est l'heure de me débrancher, ça fait une minute que*

j'attends » » (S2). Ce soignant parle d'un certain égoïsme de la part des patients « c'est « moi d'abord et les autres après » et peu importe ce qu'il peut se passer » (S2), « ils ont du mal à faire la part des choses » (S2).

- L'effet boule de neige est mis en avant, le fait qu'il puisse exister une certaine tension dans la salle « *Ils entendent un patient crier, machin... » (S2), « énervement, un climat de tension, d'électricité... » (S2), cela entraîne les patients jusqu'à que l'un d'entre eux déborde du cadre de soins.*
- Le soignant numéro 3 fait également référence à la disponibilité et à la sensibilité des soignants qui doivent être en adéquation avec le patient qui vient recevoir des soins. Il explique que ce n'est pas toujours le cas et que dans ce contexte « *le patient trouve pas forcément le registre en face de lui qui peut lui convenir » (S3).*

LA FATIGUE LIÉE À LA PATHOLOGIE CHRONIQUE

Les soignants numéro 2 et 3 se rejoignent sur le fait que les pathologies chroniques entraînent de lourdes contraintes pour les patients « *ça bouleverse quand même énormément leur vie : trois fois par semaine, quatre heures par jour, c'est énorme » (S2), « c'est routinier et on voit ça comme une contrainte insupportable donc après on peut vite déborder du soin » (S3).* Ils voient dans le soin chronique une fatigue psychique que le patient va manifester par un débordement de cadre « *ils viennent trois fois par semaine... c'est épuisant, c'est fatiguant » (S2). Le soignant numéro 3 voit dans la chronicité un comportement routinier qui peut entraîner le patient à des débordements de cadre « quand on fait toujours les mêmes choses ... c'est routinier et on voit ça comme une contrainte insupportable donc après on peut vite déborder du soin » (S3).*

Ils se rejoignent également sur le fait que les débordements de cadre peuvent être liés à des événements extérieurs « *il s'est passé quelque chose chez eux ou un petit malaise ou quoi que ce soit et ça va déborder chez nous » (S2), « la personne est pas bien dans sa peau, peut être que c'est une mauvaise période pour lui » (S3).*

Les situations de débordement de cadre et leurs manifestations peuvent être diverses, nous venons de voir que les patients souhaitent avoir le contrôle total de leur prise en charge, la distance relationnelle entre les soignants et les soignés n'est plus respectée. La

communication verbale et non verbale peut entraîner de l'agressivité verbale mais aussi physique. Les patients refusent et interrompent les soins. Il existe de multiples raisons à ces débordements de cadre de soins liées au fait que la maladie chronique est une pathologie particulière, entraînant de nombreuses contraintes. Ces raisons ne sont pas uniquement liées à la pathologie, chacun d'entre nous à une vie privée qui est plus ou moins compliquée. Nous allons voir maintenant quelle influence ces situations de débordement vont avoir sur le ressenti du soignant.

LE VÉCU DES SOIGNANTS PAR RAPPORT À DES SITUATIONS DE DÉBOREMENT DU CADRE DE SOINS

Suite aux entretiens réalisés, j'observe que le vécu des professionnels est différent face aux situations de débordement de cadre de soins. Je les ai regroupés en quatre grands points.

L'ESTIME DE SOI

Le soignant numéro 1 ressent de l'injustice face à de telles situations, il est dans une démarche d'aide mais il est dans une identification négative en ayant l'impression qu'il est le reflet de la maladie pour le patient et de par ce fait, il ne reçoit aucun signe de reconnaissance de la part du patient « *on donne du temps et on a envie qu'il soit un petit peu plus reconnaissant* » (S1), « *j'ai l'impression que, moi, je suis la maladie. J'ai l'impression que moi, je lui reflète le fait qu'il est malade et que moi, je m'en prends plein la figure* » (S1). Cela entraîne une baisse de l'estime du soignant, car ce que renvoie le patient est en contradiction avec les valeurs du professionnel.

L'UTILISATION DE MÉCANISMES DE DÉFENSE

Le soignant numéro 1 se retrouve dans certaines situations où il « *a presque même envie d'être dans le rejet* » (S1), « *on n'a pas envie de les voir* » (S1). Il avoue en insistant deux fois qu'à certains moments ces situations sont mal vécues. Pour faire face à cela il exprime le besoin d'une mise à distance avec le patient « *il y a des moments où on a besoin de prendre de la distance* » (S1).

Selon son état d'esprit, le soignant numéro 2 est capable d'accepter des débordements de cadre « *c'est vrai qu'il y a des fois où on va à la limite accepter les injures* » (S2) ou alors il le recadre instantanément, même si cela peut entraîner un débordement de la part du patient « *on en a marre donc il y a des jours où ça déborde alors qu'il y a d'autres jours où ça n'aurait pas débordé* » (S2).

Je traduis cela par une certaine forme de culpabilité du soignant à l'égard du patient. Il reconnaît avoir parfois du mal à garder son calme ce qui entraîne des débordements du cadre de soins.

Il déculpabilise le patient en prenant sur lui, tout en avouant que ça lui est difficile « *« il faut que je prenne sur moi, il faut que j'arrive à ne pas être agressive» mais c'est vrai que des fois c'est un petit peu lourd. C'est vraiment ça qui est le plus difficile à vivre. »* (S2).

Il dit prendre du recul lors de situations conflictuelles « *ce que je fais quand je vois que je vais plus gérer la situation, que je vais être agressive avec le patient, je prends du recul »* (S2). C'est une certaine forme de protection. Il n'hésite pas à « passer la main » en demandant à ses collègues de prendre le relais « *je prends 5 minutes, tu t'en occupes... »* (S2), « *ce patient là, je m'en suis pas occupée pendant 2 ans et demi. Je crois qu'il faut aussi être honnête avec soi même, il y a des choses qu'on ne veut pas entendre, ça nous blesse aussi... »* (S2).

Il se protège également en demandant de l'aide à une personne qui aura plus d'autorité sur le patient « *quand ça déborde vraiment, on appelle les médecins, ils essaient de calmer le jeu. C'est vraiment essayer de se protéger soi-même »* (S2).

Pour le troisième soignant, recadrer un patient qui déborde du cadre de soins fait partie intégrante de son travail « *je suis payé pour accomplir une mission... à partir du moment où il y a débordement quelque soit le débordement je suis là aussi pour le recadrer. Ça fait aussi parti de mon registre. C'est mon travail »* (S3), ce discours très centré sur la tâche et sur l'objectif traduit un mécanisme de défense que le soignant utilise pour faire face à des situations conflictuelles.

LE SENTIMENT D'USURE PROFESSIONNELLE

On commence à observer une certaine démotivation du soignant numéro 1, il dit : « *à la fin on a même plus envie de faire quoi que ce soit »* (S1).

Lors de situations récurrentes, le professionnel exprime une certaine lassitude devant de telles situations d'impuissance et de frustration « *même plus envie d'essayer de négocier quoi que ce soit avec le patient »* (S1).

Le soignant numéro 2 expose un problème usant pour lui : le patient répercute ses problèmes personnels sur les soignants, (*moi je trouve que dans les patients chroniques, ils ont du mal à faire la part des choses, c'est vraiment ce que je trouve le plus usant*) (S2).

Les soignants vivent plus ou moins bien ces situations de débordement de cadre de soins en fonction des moyens de protection qu'ils utilisent, de leur estime d'eux même, de leur état d'esprit du moment. Afin d'aider les soignants dans leurs relations avec les patients, différents moyens pour les aider à verbaliser ce mal-être ont été mis en place. Nous allons voir maintenant quels sont ceux utilisés par les soignants.

LES MOYENS D'AIDE À LA VERBALISATION

Tous les soignants interrogés utilisent des moyens pour verbaliser les situations où les patients débordent du cadre de soins. Ces moyens sont différents, ils peuvent être reconnus, mandatés par l'institution. C'est un moyen de reconnaissance de la souffrance des soignants. Il existe également des moyens moins formels auxquels les soignants ont recours plus naturellement.

MOYENS INSTITUTIONNELS

Les soignants numéro 1 et 2 expliquent qu'une psychologue les aide à travailler sur certaines situations délicates, à les faire verbaliser « *on a une psychologue qui est là ... et puis on a des groupes de travail avec elle* » (S2), « *comment réagir face aux patients, ce qu'il fallait faire, pas faire* » (S2), « *on peut en parler et verbaliser auprès de la psychologue, ça c'est vrai que c'est intéressant d'en parler avec elle parce qu'elle nous fait travailler* » (S1).

Le soignant numéro 1 explique que des réunions de travail autour de certaines situations ont été mises en place « *on avait mis en place des réunions pour en parler, justement pour trouver la solution, pour que quand on est dans une situation vraiment importante de violence et d'agressivité, qu'est ce qu'on fait ?* » (S1).

Le soignant numéro 3 explique que dans son service, ils verbalisent les situations de débordement de cadre de soins en relève « *une relève infirmière est faite de telle manière où on est forcément... on va forcément discuter des problèmes d'ordre individuel et d'individus* » (S3).

LES MOYENS INFORMELS

Le soignant numéro 2 dit qu'ils parlent entre collègues « *on en parle entre nous* » (S2), « *de parler avec d'autres collègues, savoir comment elles ressentent le patient, d'en reparler* »

après » (S2). Il se réfère aussi à la surveillante du service avec qui il peut échanger des ressentis.

Les soignants ont différents moyens pour verbaliser leur mal être suite à des situations qui ont pu être difficiles. Ils peuvent utiliser les moyens mis en place par l'institution comme la psychologue qui va leur permettre de travailler certains points où ils ont pu rencontrer des difficultés, la relève et les réunions qui sont des moments d'échanges professionnels. D'une manière plus informelle, ils en parlent aussi entre eux.

Pour terminer cette analyse, nous allons voir si ces moyens d'aide pour les soignants sont efficaces en nous attachant aux répercussions des débordements de cadre de soins sur la prise en charge des patients.

LES IMPACTS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Les résultats d'entretiens montrent différents impacts sur la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique.

Les soignants numéro 1 et 2, pour assurer une prise en charge optimale se protègent de plusieurs façons : *« je mets beaucoup de barrières »* (S1), *« je suis très carrée »* (S1), *« j'essaie de calmer le jeu »* (S2), *« en se mettant en retrait »* (S2). La relation va être modifiée afin de pouvoir retrouver et continuer à travailler dans un climat plus adéquat aux soins.

Ils vont faire appel à une tierce personne, *« les médecins viennent parfois recadrer les patients »* (S1), *« quelqu'un qui est vu autrement que comme nous, parce que comme nous on est proche d'eux, la barrière même si c'est une autre collègue qui vient, ça ne marche pas »* (S1), *« il y a vraiment la surveillante et le médecin qui le reprennent à part »* (S2). Cette troisième personne, plus ou moins étrangère au climat de tension qui règne va éventuellement permettre de désamorcer le conflit pour pouvoir continuer la prise en charge.

Les trois soignants vont tenter de passer par une phase de dialogue pour tenter de débloquer la situation, *« j'arrive à apaiser le patient en disant : « vous êtes là, nous on est là pour vous soigner » »* (S1), *« d'abord on calme la situation, on voit ce qu'il se passe »* (S2), *« forcément ça va passer par le dialogue »* (S3), *« je pense qu'il n'y a pas de meilleure arme que le dialogue »* (S3).

Ils ne vont pas hésiter à « passer la main », « *il y en a certain où on va passer la main* » (S1), « *j'avais décidé, en accord avec mes collègues, de pas m'en occuper, sauf urgences mais autrement je m'en occupais pas* » (S2), « *j'essaie d'appeler ma collègue* » (S2), « *imaginons que moi, je ne sois pas disponible avec un patient de mon secteur, je peux très bien demander à une collègue quelle qu'elle soit : aide-soignante ou infirmière de m'épauler ou de m'aider dans mon entreprise* » (S3). Le soignant « passe la main » afin de permettre la continuité des soins.

Le soignant numéro 1 dit qu'il arrive qu'il y ait de « *mauvaises* » (S1) prises en charge, « *à la fin il y a une prise en charge qui n'est pas adaptée au patient* » (S1). Il parle même par deux fois d'abandon, le patient remporte le rapport de force qui pouvait exister entre lui et le soignant « *il y a des moments où on abandonne* », « *après si le patient il n'est pas plus mal comme ça, il se retrouve pas avec 20 de tension et ben pourquoi pas...* » (S1). Nous nous trouvons dans une situation de diminution du sentiment d'accomplissement personnel où le professionnel se trouve frustré par son métier.

Le soignant numéro 2 laisse parfois un peu de temps afin que le patient puisse se calmer, « *on le laisse tranquille 5/10 minutes pendant qu'il se calme* » (S2). Si cette méthode fonctionne, alors la prise en charge peut continuer.

Il met en avant le fait que le patient a signé une charte lors de son entrée dans le centre. Si ce dernier ne tient pas ses engagements, le médecin du service peut décider de l'orienter sur un autre service « *on n'est pas obligé entre guillemets de prendre les gens donc, si vraiment ça se passe mal, ils savent qu'ils peuvent retourner sur le CHU, donc ils peuvent être entre guillemets sortis de l'association* » (S2). Cette méthode peut être comparée à une sanction. La prise en charge sera interrompue dans ce service mais continuera dans un autre.

Parfois, certains patients interrompent eux même leur prise en charge momentanément car celle-ci ne leur convient pas, « *il y a des patients parce qu'on a 5/10 minutes de retard, ça leur va pas, qui reprennent la porte* » (S2). Il explique qu'à aucun moment il ne va tenter de forcer un patient à rester « *On va jamais forcer, attacher un patient sur un lit parce qu'il ne veut pas être ici* » (S2) mais au contraire il va tenter de comprendre ce qui est en jeu ce jour là, ce qui mène à ce débordement « *on essaie de les rattraper, de voir ce qui ne va pas, pourquoi ce jour là ils sont comme ça* » (S2).

Par ailleurs, ce soignant stipule qu'à aucun moment ils ne vont juger ce patient qui ne va pas bien à un moment donné ni le pénaliser pour le reste de sa prise en charge, « *c'est vraiment*

dans le jour J. C'est ce jour là qu'ils ne sont pas bien et ils vont revenir 2 jours après, ils se seront calmés. Il y aura de l'eau qui aura coulé sous les ponts et puis on repart sur de bonnes bases » (S2).

Le soignant numéro 3 voit les débordements de cadre de soins comme une perte de temps sur la prise en charge, *« pour le cadrer, ben ça prend du temps donc au détriment du soin technique et nous, on est dans un service très technique » (S3).* Il reconnaît que cela modifie d'une certaine manière la prise en charge, *« on va forcément être parasité dans notre soin » (S3).*

Par ailleurs, il stipule que la recherche d'un compromis avec une solution est obligatoire, *« il va falloir trouver un compromis très rapidement parce que le travail arrive et on va pas pouvoir rester très très longtemps et même si au départ, on est dans le dialogue, il arrive un moment où on sera dans l'impératif donc... le travail oblige, c'est toujours très compliqué, ça » (S3).*

Il exprime le fait de ne pas avoir besoin de la hiérarchie pour résoudre les problèmes de débordement de cadre de soins, *« l'équipe paramédicale, on est apte à le faire » (S3).*

À travers l'analyse de ces entretiens, j'ai pu observer qu'il existe de nombreuses situations de débordements de cadre de soins dans la prise en charge de patients souffrants de maladies chroniques. Leurs étiologies sont multiples. Ces situations sont difficiles à vivre pour les soignants qui les prennent en charge de manière chronique. Elles entraînent une souffrance psychologique pour les professionnels, qui ont à leur disposition des moyens pour les aider à exprimer ce qu'ils ressentent. Ces débordements répétitifs ne sont pas sans conséquences sur la prise en charge du patient. Par ailleurs, les soignants ont souligné le fait que pour pouvoir continuer à soigner le malade, il est nécessaire de trouver des compromis et que chaque partie doit faire des concessions afin d'assurer la continuité des soins.

CONFRONTATION

En confrontant la recherche théorique aux résultats des entretiens avec les professionnels interrogés, nous constatons de nombreux points communs.

La théorie et la pratique reconnaissent que pour qu'un cadre de soins existe, cela nécessite des règles qui doivent être plus ou moins flexibles. Ils se rejoignent sur les contraintes fixées par les structures.

La pratique soignante tend à une prise en charge du patient dans sa globalité en essayant de prendre en compte la personne et ses problèmes.

En ce qui concerne la relation soignant/soigné, la maladie chronique est une pathologie lourde pour le patient. Les deux acteurs mettent en place des moyens de protection pour ne pas se retrouver en difficulté. On retrouve des enjeux de pouvoir avec la supériorité des soignants et des patients qui veulent participer de manière active aux décisions de soins.

À travers l'analyse, on retrouve les différents types de cause de l'épuisement professionnel cités dans la partie théorique : les causes psychologiques, environnementales et organisationnelles ; ainsi que leurs manifestations : la dépersonnalisation de la relation, la baisse du sentiment d'accomplissement personnel, l'épuisement émotionnel.

En revanche, à l'issue de la recherche documentaire, les concepts d'acceptation de la maladie par le patient et « le prendre soin » sont évoqués tandis qu'ils n'apparaissent pas dans le discours des professionnels.

Les soignants évoquent plusieurs sujets qui n'ont pas été abordés dans le cadre conceptuel. Ils parlent de la distance relationnelle nécessaire aux soins, des impacts des débordements sur la prise en charge des patients et des moyens d'aide dont ils disposent pour mieux vivre ces situations.

Ce travail écrit m'a permis d'approfondir les notions de maladie chronique, de soins et prendre soin, des relations entre le soignant et le patient, du cadre de soins et d'épuisement professionnel. Cela m'a permis de tenter de comprendre quelles sont les relations entre ces différentes notions.

À l'issue de ce travail, je constate que la pratique soignante est surtout centrée sur les actes techniques et moins sur le patient en tant que personne.

En dehors des soins, le patient vit des événements qui influencent sa vie, son comportement, sa prise en charge. Lorsque nous le rencontrons en consultation ou en service, c'est lui qui vient « chez nous », sur notre lieu de travail. Nous le conditionnons à notre mode de fonctionnement afin qu'il respecte les procédures imposées. Nous lui demandons de s'adapter à notre environnement. Mais est-il dans de bonnes conditions psychologiques pour recevoir n'importe quel type de soins ? Comment accueillons-nous un patient qui est en difficulté à l'extérieur de la structure ? Sommes-nous capables de repérer un patient qui ne peut être dans le soin suite à des inquiétudes personnelles ? Que connaissons-nous réellement de la « situation de vie » de nos patients ? Quelle est notre capacité à prendre en charge un patient qui ne manifeste pas son mal-être d'une façon explicite ou implicite ?

Ces questions traitent de la prise en charge globale du patient. Elles entraînent un questionnement sur la prise en charge infirmière, la qualité du soin et sa continuité, mais également sur les besoins des patients.

Par ailleurs, le débordement de cadre de soins ne signifie t'il pas une difficulté momentanée ou répétée pour lui à s'adapter à ce qu'il pourrait voir comme des contraintes ? De par ce fait, cela n'entraîne t'il pas encore plus de difficultés pour lui à gérer sa prise en charge ? Par conséquent, un mal être du soignant à l'égard du patient lorsque celui-ci est en difficulté avec sa maladie.

Prenons nous assez en charge le patient dans toute sa dimension humaine ?

Ces observations et ces interrogations m'amènent à me poser la question suivante :

EN QUOI LE MANQUE DE PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN PATIENT ATTEINT DE MALADIE CHRONIQUE PEUT IL FAVORISER L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DES SOIGNANTS ?

ANNEXES

Annexe I

**MASLACH BURNOUT
INVENTORY'S**

MASLACH BURNOUT INVENTORY'S

	JAMAIS	QUELQUES FOIS PAR AN	UNE FOIS PAR MOIS	QUELQUES FOIS PAR MOIS	UNE FOIS PAR SEMAINE	QUELQUES FOIS PAR SEMAINE	CHAQUE JOUR
1-Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail							
2-Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail							
3-Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4-Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
5-Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6-Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7-Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
8-Je sens que je craque à cause de mon travail							
9-J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens							
10-Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11-Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12-Je me sens plein(e) d'énergie							
13-Je me sens frustré(e) par mon travail							
14-Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail							
15-Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
16-Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop							
17-J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							

MASLACH BURNOUT INVENTORY'S

	JAMAIS	QUELQUES FOIS PAR AN	UNE FOIS PAR MOIS	QUELQUES FOIS PAR MOIS	UNE FOIS PAR SEMAINE	QUELQUES FOIS PAR SEMAINE	CHAQUE JOUR
18-Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
19-J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20-Je me sens au bout du rouleau							
21-Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22-J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

COTATION DES RÉPONSES

Ce test évalue la fréquence et l'intensité. Pour la fréquence chaque item est noté entre 0 et 6 selon l'échelle suivante : 0=jamais ; 1 = quelques fois par an, 2 = tous les mois ; 3 = quelques fois par mois ; 4 = chaque semaine ; 5 quelques fois par semaine ; 6 = chaque jour.

INTERPRÉTATION

Le « Maslach Burnout Inventory's » explore l'épuisement, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel. Un score élevé aux deux premières catégories et un score faible à la dernière signe un état d'épuisement professionnel.

Épuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

-total inférieur à 17: burn out bas

-total compris entre 18 et 29: burn out modéré

-total supérieur à 30: burn out élevé

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

-total inférieur à 5: burn out bas

-total compris entre 6 et 11: burn out modéré

-total supérieur à 12: burn out élevé

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

-total supérieur à 40: burn out bas

-total compris entre 34 et 39: burn out modéré

-total inférieur à 33: burn out élevé

Annexe II

**RETRANSCRIPTION
DES ENTRETIENS**

ENTRETIEN N°1

Soignant diplômé en 2004, travaillant dans le service depuis 2 ans.

QUELLES SONT LES SITUATIONS OÙ LES PATIENTS DÉBORDENT DU CADRE DE SOINS ? QUELS PEUVENT EN ÊTRE LES RAISONS SELON VOUS ?

Ils ont envie d'être acteurs de leur propre prise en charge mais même au niveau de la prescription. Ils sont dans le cadre de soins mais ils arrivent même à vouloir leur propre prescription, et même nous dire à nous la prescription qu'on doit appliquer. Et dans ce cadre là, ça peut être des situations difficiles et qu'on rencontre souvent avec les patients chroniques. Ils estiment se connaître, du coup connaître la maladie, connaître comment ça marche. On arrive à se trouver avec des situations d'échec où il y a des gens qui arrivent à avoir le fin mot sur leur prescription. Parfois même, le médecin va jusqu'à écouter le patient. C'est des chroniques qui pensent en savoir plus que le corps médical. Aussi, il y a le côté où ils nous fréquentent tous les jours. Quant il va être énervé, il va être désagréable avec le soignant. Il va passer dans le tutoiement, dans les insultes. C'est arrivé ici, il y a même une infirmière qui a pris une gifle par un patient qui était énervé. Peut être parce qu'il était agacé de telles choses et puis aussi parce qu'en tant qu'infirmière, on passe aussi cette barrière du fait qu'on les voit tous les jours. Il y a même des infirmières dans le service qui tutoient les patients. Du coup, la relation nous dépasse, la limite, on arrive plus à la mettre. Du coup, vu que nous-mêmes si on passe la barrière du tutoiement, le patient déborde à son tour et on est dans un cadre où il n'y a plus de cadre. On arrive à avoir des comportements qui ne sont plus adaptés pour un lieu de soin. Par rapport au respect qu'on doit avoir en tant que soignant ou des choses comme ça.

COMMENT RESSENTEZ VOUS CES SITUATIONS ?

Moi, je mets beaucoup de barrières, enfin je m'entends... je ne suis pas non plus distante avec le patient, mais je reste toujours dans le vouvoiement. Je ne fais jamais de blagues grivoises avec le patient. Parce qu'il y a aussi des patients qui débordent sur des blagues grivoises. Je pense que c'est lié à la chronicité, le fait qu'on les voit tous les jours, qu'ils se permettent de faire de l'humour un petit peu déplacé. C'est quelque chose qui ne me fait jamais rire. Du coup, je suis très carrée. Mais quand ça m'ait eu arrivé de me faire insulter par des patients parce qu'ils sont en colère ou des choses comme

ça... on est dépassé en fait. Par rapport aux conséquences que ça a sur la prise en charge, c'est que nous, on a même plus envie de les soigner. Il y a des moments où les patients, on n'a pas envie de les voir. Il y en a certains où on va passer la main, en fait. On va dire « non lui aujourd'hui, la dernière fois, ça c'est mal passé, je ne veux pas le voir ». Et vu que de toute façon il n'y pas tellement de changement de patients de toute façon, la personne est là et nous aussi donc à un moment, on va se recroiser. Il y a des moments où on a besoin de prendre de la distance.

D'une manière plus personnelle, je ressens une injustice en fait, pour être honnête. Car j'ai l'impression que, moi, je donne de mon temps pour le patient et en fait, moi, je lui reflète sa maladie. J'ai l'impression que, moi, je suis la maladie. J'ai l'impression que moi, je lui reflète le fait qu'il est malade et que moi, je m'en prends plein la figure alors qu'on y peut rien. Il y a des patients qui nous disent « oui ben moi si c'est comme ça, je ne reviens pas ». Et moi je me dis « mais vous ne venez pas pour moi ». Et il y a le côté « mais j'en ai marre, vous me faites chier, j'en ai marre de venir ici, c'est une vie de cons de venir là » enfin des choses hyper crues. Moi je le vis mal, il y a des moments où je le vis mal, où j'arrive à apaiser le patient en disant : « vous êtes là, nous on est là pour vous soigner ». Mais il y a des jours où la personne elle va entendre le côté « on est là pour vous soigner, si vous ne venez pas c'est le contraire, vous êtes encore plus malade, on est là pour vous aider ». Il y a des patients qui vont dire « oui, je sais, mais j'en ai marre » donc ça va les apaiser. Et il y en a d'autres que ça va faire clacher encore plus. Du coup on a presque même nous aussi envie d'être dans le rejet. D'être dans le « mais si vous avez pas envie, moi je m'en fous car je ne suis pas malade en fait et en fait tu m'emmerdes avec tes soucis de santé moi je suis là pour te soigner et t'as pas envie d'être soigné ».

Du coup, c'est vrai qu'il y a des moments, on trouve que c'est pas juste en fait parce que nous on donne du temps et on a envie qu'il soit un petit peu plus reconnaissant et à la fois on comprend parce qu'on n'est pas non plus trop centré sur nous même, on arrive à se recentrer sur le patient. On comprend que c'est un mal être, du quotidien, que c'est difficile, que c'est lourd. Ça on arrive à lui le dire. « on sait que c'est difficile pour vous et mais vous êtes obligé pour vivre » mais entre la théorie et ce qu'on arrive à faire quand on est bien...

Et il y a des jours où on est moins bien et c'est difficile à supporter comme quand vous avez des soucis chez vous, quand après vous allez bosser, vous avez pas forcément envie.

QUELS SONT LES MOYENS MIS À VOTRE DISPOSITION POUR EXPRIMER CE QUE RENVOIE LE PATIENT LORS DE DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS ?

Et bien il y avait des choses qui avaient été mises en place notamment par la direction qui nous ont fait faire des rencontres avec une psychologue régulièrement, qu'on arrive à voir une fois par mois pour

justement parler de ça. Histoire d'y mettre des mots car il y avait des montées de violence et je pèse mes mots quand je dis violence parce qu'il y a un patient qui a giflé une infirmière, un autre qui lui a jeté un clan. Donc il a vraiment eu des débordements du cadre qui a amené à prévenir les médecins. Les médecins viennent parfois recadrer les patients en disant « les infirmières, elles sont pas là pour se faire engueuler, elles sont là pour vous soigner, vous devez les respecter, leur parler correctement ». Ca, c'est arrivé plusieurs fois et on avait mis en place des réunions pour en parler, justement pour trouver la solution. pour que quand on est dans une situation vraiment importante de violence et d'agressivité, qu'est ce qu'on fait ? Ben là ici, sur l'instant, c'est d'appeler le médecin, pour que le médecin vienne recadrer les choses. Quelqu'un qui est vu autrement que comme nous, parce que comme nous on est proche d'eux, la barrière même si c'est une autre collègue qui vient, ça ne marche pas en fait. Du coup, il faut que ce soit le médecin qui vienne ou la cadre du service qui vienne et qui intervienne.

EN QUOI CES MOYENS SONT-ILS EFFICACES ?

Parce que le patient n'a pas la même vision du médecin qu'il a de l'infirmière. Du coup, quand il voit le médecin, il est vachement plus dans ses petits souliers. Parce peut être c'est justement cette relation de proximité. Le médecin, il voit le patient quand il fait son tour, mais en fait qui est avec eux pendant tout le long ? C'est nous en fait, c'est l'infirmière, c'est nous qui sommes au plus près.

Dans un deuxième temps, c'est quand on peut en parler et verbaliser auprès de la psychologue, ça c'est vrai que c'est intéressant d'en parler avec elle parce qu'elle nous fait travailler, notamment quand il y a une sensation de rejet, elle va chercher pourquoi, qu'est ce que ça touche, etc. en fait. Ça touche le fait que nous, on veut de la reconnaissance et qu'à la fin nous, il ne nous en donne pas, quelque part. Et c'est ça, qui peut être épuisant et puis le coté répétitif du geste qui peut être lassant dans la chronicité de la maladie, aussi dans une certaine mesure, même si il y a une variété de patients. C'est pas comme dans un service d'urgence où vous voyez des tas de choses différentes, des tas de patients différents, ça booste beaucoup moins quand même.

QUELS SONT LES IMPACTS DU DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS SUR VOTRE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?

Je pense que par rapport à la prise en charge, c'est qu'il peut y avoir une espèce de lassitude du soignant qui n'a même plus envie d'essayer de négocier quoi que ce soit avec le patient. C'est-à-dire que quand, nous, on se fait engueuler. Par exemple, lorsqu'on leur baisse le poids en hémodialyse ou on leur enlève de l'eau parce qu'ils en sont remplis, eux ils détestent parce qu'ils ont l'impression qu'ils seront plus fatigués après. Du coup, on doit sans cesse négocier et à la fin on a même plus envie

de faire quoi que ce soit parce qu'ils s'énervent, parce qu'ils ont pas envie et parce qu'ils ne veulent plus être dirigé, ils veulent que ce soit eux qui dirigent. Plutôt que ce soit nous qui leur disions ce qu'il faut faire, il y a des moments où on abandonne. Il y a des patients qui ont des prescriptions, que eux, ils ont choisi, sinon ils braillent. Il y a des patients, nous on est persuadé qu'ils vont faire un OAP, mais on le sait, mais parce qu'on peut pas faire autrement, sinon ils braillent, c'est des patients qui sont capables d'arracher leurs aiguilles parce que ça ne leur plait pas ce qu'on a programmé sur la machine. Non, mais c'est excessif en dialyse, on dirait pas mais il y a des personnes qui sont pas facile en chronique. Donc, le risque c'est qu'à la fin il y ait une mauvaise prise en charge. Enfin, c'est réel, c'est pas un risque, ça arrive, à la fin il y a une prise en charge qui n'est pas adaptée au patient. Après, je parle en ce qui concerne l'hémodialyse. C'est un abandon, oui car le patient qui vous dit « moi si vous me programmez ça, je pars » alors après certains médecins vont vous dire « laissez le partir, quand ils seront en OAP ils comprendront » mais nous on ne va pas en arriver jusque là quand même. Du coup, ben on le prend, il a pris 4 kg et on va lui enlever que 2,5kg parce que sinon il fait un scandale « et on est des connes ». Enfin, ils sont pas tous comme ça. Mais on a des patients en dialyse qui sont comme ça et c'est comme pour le dosage du sodium, on a une prescription à 140, le patient veut une prescription à 146 parce qu'il a l'impression qu'il crampe, mais c'est inégociable. Quand vous allez vous retrouver face à un patient qui est capable de se lever et de s'en aller, qui va faire une lettre au médecin et même le médecin, il est dépourvu, à la fin il va dire mettez lui 146. Après je dis pas que c'est une bonne pratique. Nous, on appelle le médecin pour qu'on ait un appui, qu'il fasse un autorité, mais en fait c'est pareil, lui, il est face au même problème. Nous, il y a sur certaines choses où... notamment sur l'agressivité ça marche mais sur tout le reste, c'est pareil que nous. Il est face à la même difficulté, après si le patient il n'est pas plus mal comme ça, il se retrouve pas avec 20 de tension et ben pourquoi pas. Après je ne pense pas qu'il ira jusqu'à prendre un risque vital, dans une certaine mesure....

ENTRETIEN N°2

Soignant diplômé depuis 10 ans, travaillant dans le service depuis 6 ans.

QUELLES SONT LES SITUATIONS OÙ LES PATIENTS DÉBORDENT DU CADRE DE SOINS ? QUELS PEUVENT EN ÊTRE LES RAISONS SELON VOUS ?

Des situations où des patients qui en ont un petit peu marre de venir ici, qui sont agressifs. On ne sait pas exactement pourquoi et d'un coup ça va déborder, je sais pas. On a 5 minutes de retard, des patients qui d'habitude patientent 5/10 minutes vont d'un coup s'en prendre à nous. Hormis leur état de santé qui ne pose pas de problème, ce jour là, ils vont se sentir soit blessé par l'infirmière alors que ce n'est pas le cas, ou alors, qui vont ben voila... Aujourd'hui, ils ont décidé qu'ils devaient être branché à 8 heures, il est 8H05 et ils ne comprennent pas qu'aujourd'hui, il est 8H05 et ils ne sont toujours pas branchés. Voilà en quoi se révèle la chronicité dans notre service. C'est le fait, que pour le patient, c'est 8 heures et qu'il n'est pas branché et que ça va pas. Et c'est pareil pour le débranchement, ils attendent, ils ne comprennent pas pourquoi.... Ça se traduit par des cris, de l'agressivité physique... C'est arrivé, on a même des patients qui ont carrément enlevé leur aiguille et c'est vrai que ça, c'est ce qui ressort le plus souvent chez nous. C'est vraiment ce manque de compréhension. Effectivement, on est des êtres humains et que à 5 minutes près, on ne peut pas toujours faire ce qu'on veut, ou qu'un patient ce jour n'est pas bien donc on s'occupe d'abord du patient qui ne va pas bien et les autres passent après parce qu'on priorise les soins. Et ben ça, ils ne le comprennent pas. Je trouve qu'ils sont égoïstes, c'est vraiment le mot. C'est « moi d'abord et les autres après » et peu importe ce qu'il peut se passer. Même si un patient n'est pas bien du tout, ils en ont rien à faire, et c'est vraiment le ressenti que j'ai. Moi j'ai 6 ans d'expérience ici alors j'essaie de calmer le jeu et de ne pas rentrer dans le conflit. C'est vrai qu'au bout d'un moment, quand vous êtes en train de vous occuper d'un patient qui a vraiment besoin de vous et qu'à coté on vous appelle en vous disant « c'est l'heure de me débrancher, ça fait une minute que j'attends ». C'est vrai qu'il y a des fois, on se dit « il faut que je prenne sur moi , il faut que j'arrive à ne pas être agressive» mais c'est vrai que des fois c'est un petit peu lourd. C'est vraiment ça qui est le plus difficile à vivre.

Je pense que c'est lié au fait que les gens sont ici comme ils sont à l'extérieur, je pense qu'il y a des acariâtres de partout et qu'ils le sont ici comme ils sont à l'extérieur. Et puis, ben je pense des fois c'est comme nous, on en a marre donc il y a des jours où ça déborde alors qu'il y a d'autres jours où ça

n'aurait pas débordé. Je pense que c'est un petit peu tout lié, parce qu'ils viennent trois fois par semaine, qu'effectivement c'est épuisant, c'est fatigant, qu'à côté ça bouleverse quand même énormément leur vie : trois fois par semaine, quatre heures par jour, c'est énorme. Donc, il y a des patients où tout va bien se passer jusqu'au jour où... à l'extérieur, je sais pas si il s'est passé quelque chose chez eux ou un petit malaise ou quoi que ce soit et ça va déborder chez nous alors qu'on est pas forcément la cause du mal être. Moi je trouve que dans les patients chroniques, ils ont du mal à faire la part des choses, c'est vraiment ce que je trouve le plus usant.

COMMENT RESSENTEZ VOUS CES SITUATIONS ?

Quand tout va bien, quand on vient au boulot avec l'esprit tranquille, que tout s'est bien passé chez nous, et qu'on vient ici pour travailler... c'est vrai qu'il y a des fois où on va à la limite accepter les injures. On en entend pratiquement tous les jours, puis en plus ça fait vraiment par période. On a eu une période pendant 15 jours/trois semaines, ça fait un peu effet boule de neige. Ils entendent un patient crier, machin..., la fois d'après ça va être l'autre patient, je trouve c'est vraiment par cycle, on va avoir des cycles où pendant un mois tout va bien se passer, aucun patient ne va être agressif verbalement ou physiquement. Puis d'un coup, c'est l'effet boule de neige, énervement, un climat de tension, d'électricité.... Et puis, on le ressent bien quand, dans une salle, il y a un patient qui commence un peu à s'exciter, des fois ça fait effet boule de neige. Ou au contraire, les patients disent mais qu'est ce qu'il a lui ? il peut pas comprendre qu'il y a des priorités.

Et quand on est bien, on va un peu tout accepter. Et, il y a des jours où au premier mot d'énervement du patient, on va le remballer gentiment. Mais, il y a des fois, où il faut vraiment prendre sur soi pour ne pas être agressif envers le patient. C'est ça qui est des fois dur à gérer. C'est vrai que si la salle est tranquille, on va le gérer plus facilement. Et il y a des jours où si on ne se sent pas de le gérer, on va vers sa collègue et on dit : « je prends 5 minutes, tu t'en occupes... » ou on le laisse tranquille 5/10 minutes pendant qu'il se calme. Parce qu'autrement, on rentre dans le conflit de front et c'est pas bon pour personne. Ce que je fais quand je vois que je vais plus gérer la situation, que je vais être agressive avec le patient, je prends du recul. J'essaie d'appeler ma collègue, de pas rentrer de front dans le conflit parce que de toute façon, ça finit par un clash et c'est pas bien. C'est vrai, qu'en plus, on a la possibilité, on a un médecin sur place. Quand ça déborde vraiment, on appelle les médecins, ils essaient de calmer le jeu. C'est vraiment essayer de se protéger soi-même.

Ça m'est arrivé une fois d'être injuriée avec des mots vraiment très agressifs et très crus et ce patient là, je m'en suis pas occupée pendant 2 ans et demi. Je crois qu'il faut aussi être honnête avec soi-même, il y a des choses qu'on ne veut pas entendre, ça nous blesse aussi.... Voilà j'avais décidé, en

accord avec mes collègues, de pas m'en occuper, sauf urgences mais autrement je m'en occupais pas, c'était « bonjour, au revoir » et c'est tout ce que je faisais.

Il faut essayer de désamorcer le conflit, soit en le fuyant, c'est pas vraiment le mot mais en se mettant en retrait, parce que vraiment rentrer dans le jeu du patient, c'est pas une bonne chose.

QUELS SONT LES MOYENS MIS À VOTRE DISPOSITION POUR EXPRIMER CE QUE RENVOIE LE PATIENT LORS DE DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS ? EN QUOI SONT-ILS EFFICACES ?

On a une psychologue qui est là, qui déjà, voit les patients 2 fois par semaine et puis on a des groupes de travail avec elle. Suite à l'agression physique d'une de nos collègues, on a eu besoin d'en parler... donc c'est vrai qu'elle nous a un petit peu aidé, voir comment réagir face aux patients, ce qu'il fallait faire, pas faire etc.

Et puis, c'est vrai que la psychologue passe les voir... si on sent que le patient est un petit peu agressif, qu'il est pas bien, qu'il y a quelque chose derrière, on essaye de demander à la psychologue qu'elle passe le voir soit pour comprendre un petit peu mieux ce qui se passe. Elle est extérieure, elle est pas soignante directement avec le patient. Elle est soignante, enfin en tant que psychologue mais elle intervient pas directement dans les soins avec eux. Mais d'avoir une tierce personne, ça permet de désamorcer les climats un petit peu tendus.

Nous, on a eu plusieurs groupes de parole avec elle, avec la psy. Même si, entre nous, si on a un souci avec un patient ou quoi que ce soit, on a déjà la surveillante qui est là tous les jours. Entre nous, on en parle et puis ça nous est arrivé que... moi le patient que je m'en suis pas occupée pendant 2 ans et demi, on a aussi d'autres collègues qui si ça s'est mal passé avec un patient ce jour là... on n'est jamais toutes seules dans la salle donc si on se sent pas de s'en occuper, on demande à sa collègue de s'en occuper et on en reparle entre nous. Nous, on n'est pas... avec les filles, on a quand même la possibilité de pas s'occuper du patient si on sent que ça va pas le faire, quoi et c'est vrai que je pense que c'est très important. Et c'est vrai qu'on en parle entre nous. Moi, je trouve que ça me suffit, de parler avec d'autres collègues, savoir comment elles ressentent le patient, d'en reparler après, pour moi c'est une bonne chose.

QUELS SONT LES IMPACTS DU DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS SUR VOTRE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?

Si on a un patient qui déborde dans l'agressif, dans le soin, il y a vraiment la surveillante et le médecin qui le reprennent à part. À part si ça se reproduit à nouveau, on est une structure, une association, donc on n'est pas obligé entre guillemets de prendre les gens donc, si vraiment ça se passe mal, ils savent

qu'ils peuvent retourner sur le CHU, donc ils peuvent être entre guillemets sortis de l'association. Ils ont une charte, qu'ils signent à l'entrée de l'association avec tout ce qu'ils doivent respecter et ce que nous on doit respecter. Si ils respectent pas une partie de la charte qu'ils ont signée effectivement, ils savent qu'ils peuvent retourner sur le CHU, donc c'est une sanction entre guillemets. On a eu une dame qu'on a réintégré sur le CHU car ça se passait très mal avec tout le monde, qu'elle était agressive avec tous les soignants, donc là le médecin a pris la décision de la renvoyer sur le CHU. Elle est revenue 1 an et demi après mais avec d'autres infirmières, celles avec qui ça s'est passé étaient parties.

Le patient agressif, avant d'être branché, qui déborde et ben tout simplement on le branche pas. C'est d'abord « vous vous calmez » et après on rentre dans le soin.

On rentre jamais dans le soin si un patient arrive excité ou quand commence le branchement et il n'est pas bien, est agressif... on le branche pas. D'abord on calme la situation, on voit ce qu'il se passe.

Ça m'est arrivé l'autre jour, un patient pendant le soin, il nous a dit « si vous arrêtez pas la dialyse, de toute façon je débranche tout, j'arrache mes aiguilles », « ok vous voulez arracher vos aiguilles, on se calme 5 minutes ». Si on voit que ça se calme pas et bien effectivement si le patient nous dit j'arrache mes aiguilles, on lui enlève ses aiguilles. Le patient repart, même si c'est au bout d'une heure de dialyse et ben c'est pas grave. On va pas forcer les gens à rester ici si ils ne le veulent pas. Ça nous arrive aussi, il y a des patients parce qu'on a 5/10 minutes de retard, ça leur va pas, qui reprennent la porte. On essaie de les rattraper, de voir ce qui ne va pas, pourquoi ce jour là ils sont comme ça. On va jamais forcer, attacher un patient sur un lit parce qu'il ne veut pas être ici. Et c'est vraiment, quand il se passe quelque chose comme ça, on calme la chose, on essaye de le calmer, de voir si quelqu'un d'autre peut lui parler mais on va jamais dire à un patient « vous restez ici, un point c'est tout, c'est comme ça » non, si le patient veut pas rester, si le patient veut partir, il part c'est pas non plus une catastrophe.

Si il ne veut pas revenir ici, il sait qu'il y a le CHU mais on ne va pas le pénaliser dans sa prise en charge, on va pas lui dire on vous parle plus....

Chez nous, ce que je ressens, c'est vraiment dans le jour J. C'est ce jour là qu'ils ne sont pas bien et ils vont revenir 2 jours après, ils se seront calmés. Il y aura de l'eau qui aura coulé sous les ponts et puis on repart sur de bonnes bases. C'est vraiment dans ce sens là qu'on essaye de travailler, c'est vraiment si ça va pas plusieurs fois de suite effectivement, là il y a réaction de la surveillante, du médecin qui vont parler au patient et si le patient veut pas rester ici, il va sur le CHU.

C'est la seule solution, de toute façon, qu'on peut leur proposer. Soit ils restent ici, ils sont calmes, ils sont polis avec tout le monde et on rentre dans le soin, soit c'est sur le CHU. Mais ça s'est produit... moi en 6 ans, depuis que je travaille ici, ça s'est produit une seule fois qu'on renvoie le patient sur le CHU.

Mais c'est vraiment sur le jour J, quand ils reviennent ils se sont calmés, il n'y a plus de tensions. Après si il y a un souci avec une infirmière particulière, si elle ne se sent pas d'aller brancher un patient, il y a toujours une collègue pour venir le brancher donc on n'est pas dans la sanction. On fonctionne pas comme ça, c'est vraiment dans l'instant et puis une fois que l'incident est passé, il est passé. On passe à autre chose et voilà.

ENTRETIEN N°3

Soignant diplômé en 1999, travaillant dans le service depuis 3 ans et demi.

QUELLES SONT LES SITUATIONS OÙ LES PATIENTS DÉBORDENT DU CADRE DE SOINS ? QUELS PEUVENT EN ÊTRE LES RAISONS SELON VOUS ?

À mon sens, les situations peuvent être multiples. Elles peuvent être de l'ordre de la fatigue, nous sommes dans un service chronique où les patients viennent trois fois par semaine donc effectivement, ils peuvent parfois déborder par rapport au cadre en terme d'horaires. Par exemple, si on fixe un horaire à 14H30, ils vont essayer de grappiller en terme d'horaires, ils veulent arriver à 14H pour justement être pris plus tôt alors que justement ils savent très bien que l'horaire c'est 14H30. Mais c'est aussi une façon de montrer qu'ils sont fatigués de venir d'une façon routinière en dialyse. Donc on peut déborder de multiples façons, on peut déborder de cette manière là on peut déborder aussi sur un soin purement infirmier, alors ça va être de l'ordre... je mets un masque au patient pour protéger son cathéter quand je fais son pansement, il va avoir le réflexe d'enlever son masque. Là, je dirais qu'on est plus dans l'ordre de l'incompréhension du soin puisque s'il enlève son masque pendant le pansement du cathéter, c'est qu'il a mal compris et mal jaugé l'importance du soin. Alors à ce moment là, je dirais que les raisons peuvent être multiples, fatigue : fatigue du soin chronique, fatigue de la dialyse soit ça peut être incompréhension du soin. Moi, c'est ce que je vois.

Fatigue du soin, on est dans un contexte de chronicité. La chronicité, ça veut dire qu'on fait toujours les mêmes choses et qu'au bout d'un moment comme n'importe quel individu quand on fait toujours les mêmes choses soit par moment c'est rassurant, parce qu'on a l'habitude mais soit aussi c'est routinier et on voit ça comme une contrainte insupportable donc après on peut vite déborder du soin.

COMMENT RESSENTEZ VOUS CES SITUATIONS ?

Personnellement, je suis payé pour accomplir une mission, payé, je dirais, pour accomplir mon boulot du mieux que je puisse le faire avec tous les moyens que j'ai, donc j'essaie de mettre tout en œuvre pour être efficace auprès du patient donc je suis là d'une part pour lui donner les soins dont il a besoin, je suis payé aussi pour l'éduquer donc l'éduquer, à partir du moment où il y a débordement quelque soit le débordement je suis là aussi pour le recadrer. Ça fait aussi parti de mon registre. C'est mon travail, c'est ce que j'espère faire du mieux possible.

QUELS SONT LES MOYENS MIS À VOTRE DISPOSITION POUR EXPRIMER CE QUE RENVOIE LE PATIENT LORS DE DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS ?

Après, je dirais, on peut varier le comportement sur une année, on est pas toujours d'égale humeur alors parfois on est moins bien dans ses baskets... on supporte moins la contrainte, les choses routinières donc on manifeste un mécontentement par un débordement de soins notamment donc notre rôle ça va déjà être de cibler quel est le problème à la base pour comprendre la forme. C'est-à-dire, le patient déborde et ne veut plus se soumettre au soin d'une manière ou d'une autre, il déborde du soin, du cadre. Ben, le but du jeu va être de comprendre quel est le véritable élément qui fait qu'on en est là. Donc, ça peut être, je sais pas, imaginons, un décès dans une famille... ben, on laisse un peu abandonner le soin infirmier, le soin médical. Je veux dire, on doit déjà essayer de comprendre pourquoi. Peut être que la personne est pas bien dans sa peau, peut être que c'est une mauvaise période pour lui, peut être qu'il laisse un peu à l'abandon, au niveau de la contrainte, il en a un peu marre. Ça peut être ça, ça peut être des choses multiples. Le but du jeu va être, en tout cas, de contenir et de restructurer le patient, de façon à ce qu'il se soumette de nouveau à des soins dans son intérêt.

Au niveau de l'équipe, je dirais, une relève infirmière est faite de telle manière où on est forcément... on va forcément discuter des problèmes d'ordre individuel et d'individus. Donc, on va mettre ça sur la table et on va essayer de se comprendre, de voir avec les autres comment ça se passe. Et on va essayer, un peu de se remonter le moral ou de mettre un plan en action pour essayer de remonter le moral au patient mais il y a aussi... on a aussi à disposition une psychologue dans le service, donc si, au niveau du patient, si c'est un mal-être du patient qui fait qu'on est dans le débordement de soin alors la psychologue peut intervenir si nous, l'équipe paramédicale, on lui demande d'intervenir et puis sinon sur des rôles plus minimes on va s'en charger nous en terme d'infirmier.

EN QUOI CES MOYENS SONT-ILS EFFICACES ?

De toute façon, quelque soit le problème, il est toujours difficile d'y mettre des mots donc... en plus, les sensibilités des soignants sont diverses et variées, le patient trouve pas forcément le registre en face

de lui qui peut lui convenir. Une psychologue peut très bien désamorcer un problème sous-jacent, c'est l'avantage d'avoir une psychologue à disposition.

QUELS SONT LES IMPACTS DU DÉBORDEMENT DE CADRE DE SOINS SUR VOTRE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ?

Et bien de toute façon, on va forcément être parasité dans notre soin, c'est-à-dire que si le patient a du mal à se soumettre à un soin, qu'il... tente de déborder du cadre de soins, forcément, ça va prendre du temps parce qu'il va falloir comprendre, comme je disais tout à l'heure, donc ça va prendre du temps, forcément ça va passer par le dialogue. Et le dialogue, ça se fait pas en deux secondes donc forcément, on sera court-circuité dans notre démarche de soins. Spontanément, un patient qui est rodé, pour qui le soin est normal, le soin est compris, les choses se font naturellement. Mais, si le patient a tendance à vouloir déborder du cadre, forcément, ça va passer par un dialogue puisqu'il va falloir le cadrer. Donc, à ce moment là, forcément, pour le cadrer ben ça prend du temps donc au détriment du soin technique et nous, on est dans un service très technique. On va être forcément obligé de dire quelque part bon ben je vais poser mes aiguilles, maintenant on va dialoguer, on va arriver à un compromis et une fois le compromis trouvé, on va reprendre nos aiguilles et continuer sur notre lancer technique. Après, bien évidemment, il y a une phase de dialogue, il va falloir trouver un compromis très rapidement parce que le travail arrive et on va pas pouvoir rester très très longtemps et même si au départ, on est dans le dialogue, il arrive un moment où on sera dans l'impératif donc... le travail oblige, c'est toujours très compliqué, ça. C'est être très ciblé dans son discours et pouvoir arriver à une compréhension totale le plus rapidement possible et c'est pas toujours simple.

De toute façon, je pense qu'il n'y a pas de meilleure arme que le dialogue. Alors, le patient lui-même n'est pas toujours disponible, il faut savoir que le soignant n'est pas toujours disponible non plus donc il faut que les deux entités soient disponibles. Et c'est pas toujours simple d'où l'intérêt d'être dans une équipe. Imaginons que moi, je ne sois pas disponible avec un patient de mon secteur, je peux très bien demander à une collègue quelle qu'elle soit : aide-soignante ou infirmière de m'épauler ou de m'aider dans mon entreprise, c'est l'avantage d'être en équipe.

On fait rarement appel à la hiérarchie, de toute façon, les médecins, ça les arrange bien qu'on les sollicite pas trop sur ces problèmes là donc s'ils peuvent s'éclipser, c'est tant mieux pour eux. Donc l'équipe paramédicale, on est apte à le faire, de façon très arrogante je dirais quelque part.

Annexe III

TABLEAU D'ANALYSE DES ENTRETIENS

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
<p>LES SITUATIONS DE DÉBORDEMENT DU CADRE DE SOINS / MANIFESTATIONS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « Ils ont envie d'être acteur de leur propre prise en charge, même au niveau de la prescription ». - « Ils arrivent même à vouloir leur propre prescription ». - « Nous dire à nous la prescription qu'on doit appliquer ». - « Ils estiment se connaître, du coup connaître la maladie, connaître comment ça marche ». - « Il y a des gens qui arrivent à avoir le fin mot sur leur prescription ». - « Des chroniques qui pensent en savoir plus que le corps médical ». - « Ils nous fréquentent tous les jours ». - « il va être énervé, il va être désagréable avec le soignant. Il va passer dans le tutoiement, dans les insultes » - « il y a même une infirmière qui a pris une gifle par un patient qui était énervé ». - « la relation nous dépasse, la limite, on arrive plus à la mettre ». - « On est dans un cadre où il n'y a plus de cadre ». - « Des comportements qui ne sont plus adaptés pour un lieu de soin ». - « Des patients qui débordent sur des 	<ul style="list-style-type: none"> - « Des patients qui en ont un petit peu marre de venir ici, qui sont agressifs ». - « On ne sait pas exactement pourquoi et d'un coup ça va déborder, je sais pas ». - « On a 5 minutes de retard, des patients qui d'habitude patientent 5/10 minutes vont d'un coup s'en prendre à nous ». - « ils vont se sentir soit blessé par l'infirmière alors que ce n'est pas le cas ». - « ils ont décidé qu'ils devaient être branché à 8 heures, il est 8H05 et ils ne comprennent pas qu'aujourd'hui, il est 8H05 et ils ne sont toujours pas branchés ». - « pour le patient, c'est 8 heures et qu'il n'est pas branché et que ça va pas ». - « ils attendent, ils ne comprennent pas pourquoi ». - « Ça se traduit par des cris, de l'agressivité physique ». - « on a même des patients qui ont carrément enlevé leur aiguille ». - « manque de compréhension ». - « un patient ce jour n'est pas bien donc on s'occupe d'abord du patient qui ne va pas bien et les autres passent après parce qu'on priorise les soins. Et ben ça, ils ne le 	<ul style="list-style-type: none"> -« Elles peuvent être de l'ordre de la fatigue, nous sommes dans un service chronique où les patients viennent trois fois par semaine donc effectivement, ils peuvent parfois déborder par rapport au cadre en terme d'horaires. Par exemple, si on fixe un horaire à 14H30, ils vont essayer de grapiller en terme d'horaires, ils veulent arriver à 14H pour justement être pris plus tôt alors que justement ils savent très bien que l'horaire c'est 14H30. Mais c'est aussi une façon de montrer qu'ils sont fatigués de venir d'une façon routinière en dialyse. ». - « on peut déborder aussi sur un soin purement infirmier, alors ça va être de l'ordre... je mets un masque au patient pour protéger son cathéter quand je fais son pansement, il va avoir le réflexe d'enlever son masque. Là, je dirais qu'on est plus dans l'ordre de l'incompréhension du soin puisque s'il enlève son masque pendant le pansement du cathéter, c'est qu'il a mal compris et mal jaugé l'importance du soin. ». - « La chronicité, ça veut dire qu'on fait toujours les mêmes choses et qu'au bout

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
	<p>blagues grivoises ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est lié à la chronicité, le fait qu'on les voit tous les jours... qu'ils se permettent de faire de l'humour un petit peu déplacé. ». - « ça m'ait eu arrivé de me faire insulter par des patients parce qu'ils sont en colère ou des choses comme ça... on est dépassé ». - « J'en ai marre, vous me faites chier, j'en ai marre de venir ici, c'est une vie de cons de venir là ». - « Il y a des jours où la personne elle va entendre le coté « on est là pour vous soigner, si vous ne venez pas c'est le contraire, vous êtes encore plus malade » ». - « qu'il y a un patient qui a giflé une infirmière, un autre qui lui a jeté un clan ». - « C'est justement cette relation de proximité..., c'est l'infirmière, c'est nous qui sommes au plus près ». - « Ils s'énervent ». - « Ils ne veulent plus être dirigé, ils veulent que ce soit eux qui dirigent ». - « Il y a des patients qui ont des prescriptions, que eux, ils ont choisi, sinon ils braillent ». - « Ils braillent, c'est des patients qui sont 	<p>comprennent pas ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « C'est « moi d'abord et les autres après » et peu importe ce qu'il peut se passer. Même si un patient n'est pas bien du tout, ils en ont rien à faire, et c'est vraiment le ressenti que j'ai ». - « quand vous êtes en train de vous occuper d'un patient qui a vraiment besoin de vous et qu'à coté on vous appelle en vous disant « c'est l'heure de me débrancher, ça fait une minute que j'attends » ». - « Je pense que c'est lié au fait que les gens sont ici comme ils sont à l'extérieur, je pense qu'il y a des acariâtres de partout et qu'ils le sont ici comme ils sont à l'extérieur ». - « c'est un petit peu tout lié, parce qu'ils viennent trois fois par semaine, qu'effectivement c'est épuisant, c'est fatiguant, qu'à côté ça bouleverse quand même énormément leur vie : trois fois par semaine, quatre heures par jour, c'est énorme. ». - « il y a des patients où tout va bien se passer jusqu'au jour où... à l'extérieur, je sais pas si il s'est passé quelque chose chez eux ou un petit malaise ou quoi que ce soit et ça va déborder chez nous alors 	<p>d'un moment comme n'importe quel individu quand on fait toujours les mêmes choses ... c'est routinier et on voit ça comme une contrainte insupportable donc après on peut vite déborder du soin. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « la personne est pas bien dans sa peau, peut être que c'est une mauvaise période pour lui, peut être qu'il laisse un peu à l'abandon (le soin), au niveau de la contrainte, il en a un peu marre. ». - « les sensibilités des soignants sont diverses et variées, le patient trouve pas forcément le registre en face de lui qui peut lui convenir ». - « il faut savoir que le soignant n'est pas toujours disponible non plus donc il faut que les deux entités soient disponibles ».

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
	<p>capables d'arracher leurs aiguilles parce que ça ne leur plait pas ce qu'on a programmé sur la machine ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Le patient qui vous dit « moi si vous me programmez ça, je pars. » ». - « Il a pris 4 kg et on va lui enlever que 2.5 parce que sinon il fait un scandale ». - « On est des connes ». - « On a une prescription à 140, le patient veut une prescription à 146 parce qu'il a l'impression qu'il crampe, mais c'est inégociable. » 	<p>qu'on est pas forcément la cause du mal être. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « les patients chroniques, ils ont du mal à faire la part des choses ». - « On en entend pratiquement tous les jours (injures) ». - « ça fait un peu effet boule de neige. Ils entendent un patient crier, machin... ». - « effet boule de neige, énervement, un climat de tension, d'électricité... ». - « il y a un patient qui commence un peu à s'exciter, des fois ça fait effet boule de neige ». - « injuriée avec des mots vraiment très agressifs et très crus ». - « l'agression physique d'une de nos collègues ». - « elle était agressive avec tous les soignants ». - « un patient pendant le soin, il nous a dit « si vous arrêtez pas la dialyse, de toute façon je débranche tout, j'arrache mes aiguilles » ». 	

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
<p>LE VÉCU DES SOIGNANTS PAR RAPPORT À DES SITUATIONS DE DÉBOURDEMENT DU CADRE DE SOINS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - « je ressens une injustice...j'ai l'impression que, moi, je donne de mon temps pour le patient et en fait, moi, je lui reflète sa maladie. J'ai l'impression que, moi, je suis la maladie. J'ai l'impression que moi, je lui reflète le fait qu'il est malade et que moi, je m'en prends plein la figure ». - « « moi je me dis « mais vous ne venez pas pour moi » ». - « on n'a pas envie de les voir ». - « Il y a des moments où on a besoin de prendre de la distance ». - « Moi je le vis mal, il y a des moments où je le vis mal ». - « on trouve que c'est pas juste en fait parce que nous on donne du temps et on a envie qu'il soit un petit peu plus reconnaissant ». - « on a presque même nous aussi envie d'être dans le rejet. D'être dans le « mais si vous avez pas envie, moi je m'en fous car je ne suis pas malade en fait et en fait tu m'emmerdes avec tes soucis de santé moi je suis là pour te soigner et t'as pas envie d'être soigné ». - « on comprend parce qu'on n'est pas non plus trop centré sur nous même, on arrive à se recentrer sur le patient. On comprend 	<ul style="list-style-type: none"> -« des fois, on se dit « il faut que je prenne sur moi , il faut que j'arrive à ne pas être agressive» mais c'est vrai que des fois c'est un petit peu lourd. C'est vraiment ça qui est le plus difficile à vivre. ». - « on en a marre donc il y a des jours où ça déborde alors qu'il y a d'autres jours où ça n'aurait pas débordé ». - « ils ont du mal à faire la part des choses, c'est vraiment ce que je trouve le plus usant (différence entre l'extérieur et intérieur de la structure)». - « c'est vrai qu'il y a des fois où on va à la limite accepter les injures ». - « quand on est bien, on va un peu tout accepter. Et, il y a des jours où au premier mot d'énervement du patient, on va le remballer gentiment. Mais, il y a des fois, où il faut vraiment prendre sur soi pour ne pas être agressif envers le patient. C'est ça qui est des fois dur à gérer. ». - « ce que je fais quand je vois que je vais plus gérer la situation, que je vais être agressive avec le patient, je prends du recul ». -« et il y a des jours où si on ne se sent pas de le gérer, on va vers sa collègue et on dit : « je prends 5 minutes, tu t'en occupes... » ». 	<ul style="list-style-type: none"> - « je suis payé pour accomplir une mission, payé, je dirais, pour accomplir mon boulot du mieux que je puisse le faire avec tous les moyens que j'ai, donc j'essaie de mettre tout en œuvre pour être efficace auprès du patient donc je suis là d'une part pour lui donner les soins dont il a besoin, je suis payé aussi pour l'éduquer donc l'éduquer, à partir du moment où il y a débordement quelque soit le débordement je suis là aussi pour le recadrer. Ça fait aussi parti de mon registre. C'est mon travail ».

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
	<p>que c'est un mal être, du quotidien, que c'est difficile, que c'est lourd. Ça on arrive à lui le dire. « on sait que c'est difficile pour vous et mais vous êtes obligé pour vivre » ».</p> <p>– « il y a des jours où on est moins bien et c'est difficile à supporter comme quand vous avez des soucis chez vous, quand après vous allez bosser, vous avez pas forcément envie ».</p> <p>– « on veut de la reconnaissance et qu'à la fin nous, il ne nous en donne pas ».</p> <p>– « qu'il peut y avoir une espèce de lassitude du soignant qui n'a même plus envie d'essayer de négocier quoi que ce soit avec le patient ».</p> <p>– « à la fin on a même plus envie de faire quoi que ce soit ».</p>	<p>– « on a eu besoin d'en parler ».</p> <p>– « quand ça déborde vraiment, on appelle les médecins, ils essaient de calmer le jeu. C'est vraiment essayer de se protéger soi-même ».</p> <p>– « ce patient là, je m'en suis pas occupée pendant 2 ans et demi. Je crois qu'il faut aussi être honnête avec soi-même, il y a des choses qu'on ne veut pas entendre, ça nous blesse aussi... ».</p> <p>– « elle ne se sent pas d'aller brancher un patient ».</p>	
<p>LES MOYENS D'AIDE À LA VERBALISATION MIS EN PLACE POUR LES SOIGNANTS</p>	<p>– « la direction qui nous ont fait faire des rencontres avec une psychologue régulièrement, qu'on arrive à voir une fois par mois pour justement parler de ça. Histoire d'y mettre des mots ».</p> <p>– « on avait mis en place des réunions pour en parler, justement pour trouver la solution. Pour que quand on est dans une situation vraiment importante de violence et d'agressivité, qu'est ce qu'on fait ? ».</p> <p>– « on peut en parler et verbaliser auprès de</p>	<p>– « on a une psychologue qui est là ... et puis on a des groupes de travail avec elle ».</p> <p>– « c'est vrai qu'elle nous a un petit peu aidé, voir comment réagir face aux patients, ce qu'il fallait faire, pas faire ».</p> <p>– « on a eu plusieurs groupes de parole avec elle, avec la psy ».</p> <p>– « si on a un souci avec un patient ou quoi que ce soit, on a déjà la surveillante qui est là tous les jours. Entre nous, on en parle ».</p>	<p>– « une relève infirmière est faite de telle manière où on est forcément... on va forcément discuter des problèmes d'ordre individuel et d'individus. Donc, on va mettre ça sur la table et on va essayer de se comprendre, de voir avec les autres comment ça se passe. Et on va essayer, un peu de se remonter le moral ».</p> <p>– « si c'est un mal-être du patient qui fait qu'on est dans le débordement de soin alors la psychologue peut intervenir si</p>

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
	<p>la psychologue, ça c'est vrai que c'est intéressant d'en parler avec elle parce qu'elle nous fait travailler ».</p>	<p>– « on a aussi d'autres collègues qui si ça s'est mal passé avec un patient ce jour là... on n'est jamais toutes seules dans la salle donc si on se sent pas de s'en occuper, on demande à sa collègue de s'en occuper et on en reparle entre nous ».</p> <p>– « on en parle entre nous ».</p> <p>– « moi, je trouve que ça me suffit, de parler avec d'autres collègues, savoir comment elles ressentent le patient, d'en reparler après, pour moi c'est une bonne chose ».</p>	<p>nous, l'équipe paramédicale, on lui demande d'intervenir ».</p>
<p>LES IMPACTS SUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS</p>	<p>– « je mets beaucoup de barrières... je ne suis pas non plus distante avec le patient, mais je reste toujours dans le vouvoiement ».</p> <p>– « je suis très carrée ».</p> <p>– « Il y en a certain où on va passer la main, en fait. On va dire « non lui aujourd'hui, la dernière fois, ça c'est mal passé, je ne veux pas le voir » ».</p> <p>– « j'arrive à apaiser le patient en disant : « vous êtes là, nous on est là pour vous soigner » ».</p> <p>– « Les médecins viennent parfois recadrer les patients ».</p> <p>– « appeler le médecin, pour que le médecin vienne recadrer les choses. Quelqu'un qui est vu autrement que comme nous, parce que comme nous on est proche d'eux, la</p>	<p>– « j'essaie de calmer le jeu et de ne pas rentrer dans le conflit ».</p> <p>– « « je prends 5 minutes, tu t'en occupes... » ».</p> <p>– « ce patient là, je m'en suis pas occupée pendant 2 ans et demi ... j'avais décidé, en accord avec mes collègues, de pas m'en occuper, sauf urgences mais autrement je m'en occupais pas, c'était « bonjour, au revoir » et c'est tout ce que je faisais ».</p> <p>– « on demande à sa collègue de s'en occuper ».</p> <p>– « J'essaie d'appeler ma collègue, de pas rentrer de front dans le conflit ».</p> <p>– « on le laisse tranquille 5/10 minutes pendant qu'il se calme. ».</p> <p>– « Il faut essayer de désamorcer le conflit, soit en le fuyant, c'est pas vraiment le mot</p>	<p>– « on va forcément être parasité dans notre soin ».</p> <p>– « forcément, ça va prendre du temps parce qu'il va falloir comprendre, comme je disais tout à l'heure, donc ça va prendre du temps, forcément ça va passer par le dialogue. Et le dialogue, ça se fait pas en deux secondes donc forcément, on sera court-circuité dans notre démarche de soins. ».</p> <p>– « pour le cadrer ben ça prend du temps donc au détriment du soin technique et nous, on est dans un service très technique. ».</p> <p>– « On va être forcément obligé de dire quelque part bon ben je vais poser mes aiguilles, maintenant on va dialoguer, on va arriver à un compromis et une fois le</p>

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
	<p>barrière même si c'est une autre collègue qui vient, ça ne marche pas en fait. Du coup, il faut que ce soit le médecin qui vienne ou la cadre du service qui vienne et qui intervienne ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « il y a des moments où on abandonne ». - « le risque c'est qu'à la fin il y ait une mauvaise prise en charge. Enfin, c'est réel, c'est pas un risque, ça arrive, à la fin il y a une prise en charge qui n'est pas adaptée au patient ». - « C'est un abandon ». - « certains médecins vont vous dire « laissez le partir, quand ils seront en OAP ils comprendront » mais nous on ne va pas en arriver jusque là quand même. Du coup, ben on le prend, il a pris 4 kg et on va lui enlever que 2.5 kg ». - « Nous, on appelle le médecin pour qu'on ait un appui, qu'il fasse autorité, mais en fait c'est pareil, lui, il est face au même problème ». - « après si le patient il n'est pas plus mal comme ça, il se retrouve pas avec 20 de tension et ben pourquoi pas ». 	<p>mais en se mettant en retrait ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Si on a un patient qui déborde dans l'agressif, dans le soin, il y a vraiment la surveillante et le médecin qui le reprennent à part ». - « on n'est pas obligé entre guillemets de prendre les gens donc, si vraiment ça se passe mal, ils savent qu'ils peuvent retourner sur le CHU, donc ils peuvent être entre guillemets sortis de l'association ». - « s'ils ne respectent pas une partie de la charte qu'ils ont signée effectivement, ils savent qu'ils peuvent retourner sur le CHU, donc c'est une sanction entre guillemets ». - « là le médecin a pris la décision de la renvoyer sur le CHU ». - « Le patient agressif, avant d'être branché, qui déborde et ben tout simplement on le branche pas. C'est d'abord « vous vous calmez » et après on rentre dans le soin ». - « si un patient arrive excité ou quand on commence le branchement et il n'est pas bien, il est agressif... on le branche pas. D'abord on calme la situation, on voit ce qu'il se passe ». -« ok, vous voulez arracher vos aiguilles, 	<p>compromis trouvé, on va reprendre nos aiguilles et continuer sur notre lancer technique ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « le but du jeu va être de comprendre quel est le véritable élément qui fait qu'on en est là ». - « Le but du jeu va être, en tout cas, de contenir et de restructurer le patient, de façon à ce qu'il se soumette de nouveau à des soins dans son intérêt ». - « il va falloir trouver un compromis très rapidement parce que le travail arrive et on va pas pouvoir rester très très longtemps et même si au départ, on est dans le dialogue, il arrive un moment où on sera dans l'impératif donc... le travail oblige, c'est toujours très compliqué, ça. ». - « C'est être très ciblé dans son discours et pouvoir arriver à une compréhension totale le plus rapidement possible et c'est pas toujours simple. ». - « c'est pas toujours simple d'où l'intérêt d'être dans une équipe. Imaginons que moi, je ne sois pas disponible avec un patient de mon secteur, je peux très bien demander à une collègue quelle qu'elle soit : aide-soignante ou infirmière de m'épauler ou de m'aider dans mon

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
		<p>on se calme 5 minutes ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « Si on voit que ça se calme pas et bien effectivement si le patient nous dit j'arrache mes aiguilles, on lui enlève ses aiguilles. Le patient repart, même si c'est au bout d'une heure de dialyse et ben c'est pas grave. On va pas forcer les gens à rester ici si ils ne le veulent pas... ». - « On essaie de les rattraper, de voir ce qui ne va pas, pourquoi ce jour là ils sont comme ça. On va jamais forcer, attacher un patient sur un lit parce qu'il ne veut pas être ici. ». - « on calme la chose, on essaye de le calmer, de voir si quelqu'un d'autre peut lui parler mais on va jamais dire à un patient « vous restez ici, un point c'est tout, c'est comme ça » non, si le patient veut pas rester, si le patient veut partir, il part c'est pas non plus une catastrophe ». - « Il y a des patients parce qu'on a 5/10 minutes de retard, ça leur va pas, qui reprennent la porte ». - « on ne va pas le pénaliser dans sa prise en charge, on va pas lui dire on vous parle plus ». - « c'est vraiment dans le jour J. C'est ce jour là qu'ils ne sont pas bien et ils vont revenir 2 jours après, ils se seront calmés. 	<p>entreprise, c'est l'avantage d'être en équipe ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « je pense qu'il n'y a pas de meilleure arme que le dialogue ». - « On fait rarement appel à la hiérarchie... Donc l'équipe paramédicale, on est apte à le faire, de façon très arrogante je dirais quelque part ».

	ENTRETIEN N°1	ENTRETIEN N°2	ENTRETIEN N°3
		<p>Il y aura de l'eau qui aura coulé sous les ponts et puis on repart sur de bonnes bases. ».</p> <ul style="list-style-type: none"> - « c'est vraiment si ça va pas plusieurs fois de suite effectivement, là il y a réaction de la surveillante, du médecin qui vont parler au patient et si le patient veut pas rester ici, il va sur le CHU ». - « C'est la seule solution, de toute façon, qu'on peut leur proposer. Soit ils restent ici, ils sont calmes, ils sont polis avec tout le monde et on rentre dans le soin, soit c'est sur le CHU ». - « vraiment sur le jour J, quand ils reviennent ils se sont calmés, il n'y a plus de tensions. ». - « il y a toujours une collègue pour venir le brancher ». - « avec les filles, on a quand même la possibilité de pas s'occuper du patient si on sent que ça va pas le faire ». - « dans l'instant et puis une fois que l'incident est passé, il est passé. On passe à autre chose et voilà. ». 	

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES OFFICIELS

Code du travail, éditions Dalloz 2005.

Code de la santé publique, éditions Dalloz 2004.

Code civil, éditions Dalloz 1990.

Grand Larousse universel, édition Larousse 1995

Nouveaux code pénal, éditions Dalloz 2005.

LES LIVRES

J. Bergeret, A. Achaintre, A. Bécache, J.J Boulanger, J.P Chartier, P. Dubor, M. Houser, J.J. Lustin, Psychologie pathologique, édition Masson 4^o édition, collection abrégés.

C. Boissier-Rambaud, la responsabilité juridique de l'infirmière, éditions Lamarre, 1999.

M. Crozier, E. Friedberg, L'acteur et le système, éditions Le seuil 1997

A. De Broca, deuils et endeuillés, éditions Masson 2006.

M. Delbrouck Le burn out du soignant éditions de Boeck, collection Oxalis.

M. Enyouma, N. Falcon, Jean-Max Abrial, C. Graziano, P. Soubeyrand, sciences humaines, Nouveaux cahiers de l'infirmière, éditions Masson 2002.

M. Estryn-Béhar, stress et souffrance des soignants à l'hôpital, éditions Estem 1999.

C. Hervé, la relation soignant - soigné.

W. Hesbeen, la qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante, éditions Masson 2002.

W. Hesbeen, prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante, éditions Masson 1997.

G-N. Fischer, traité de psychologie de la santé, éditions Dunod 2002.

S. Ionescu, M-M. Jacquet, C. Lhote, les mécanismes de défense, théorie et clinique, éditions Colin 2005.

M. Legros, Sociologie et santé publique, préparation aux professionnels de santé, éditions Études vivantes, 1980.

H E. Peplau, relations interpersonnelles en soins infirmiers, éditions interéditions 1995.

S. Rézette, psychologie clinique en soins infirmiers, éditions Masson 2008.

M. Ruzniewski, face à la maladie grave, éditions Dunod 1999.

D. Simon, P-Y Traynard, F. Bourdillon, A.Grimaldi éducation thérapeutique, prévention et maladies chroniques, éditions Masson 2007.

JM. Stellman, encyclopédie de sécurité et de santé au travail, organisation internationale du travail, 3e édition française, traduction de la 4e édition anglaise Genève, bureau international du travail, 2000, vol 4.

A. Strauss, La trame de la négociation. Sociologie qualitative et interactionnisme, édition L'Harmattan 2002.

LES ARTICLES DE REVUE

C. Bernard, S. Erbaz, V. Meininger, les bénéfices du doute dans la mort à vivre, autrement, février 1994.

E. Goldenberg, aider les soignants en souffrance, JALMALV n°.14, 1988.

L'aide-soignante, n°67, mai 2005.

Les colonnes d'Epsos, n°48, mars 1998.

AUTRES

R.GUEIBE, Quelle formation pour quelle pratique de la médecine ? Impact pour l'ensemble des professionnels de santé , in Actes du congrès international « Le soin infirmier dans le système de santé. Quel avenir pour quel soin infirmier ? » ENSP/UCL, Saint Malo, 10-12 mai 1995.

DOCUMENTS INTERNET

www.assemblee-nationale.fr

www.chu-st-etienne.fr

www.diabsurf.com

www.inserm.fr

www.legifrance.fr

www.masef.com

www.psyspirit.com

www.santé.gouv.fr

www.travail-solidarite.gouv.fr

www.wikipedia.org

AUTRES

R.GUEIBE, Quelle formation pour quelle pratique de la médecine ? Impact pour l'ensemble des professionnels de santé, in Actes du congrès international « Le soin infirmier dans le système de santé. Quel avenir pour quel soin infirmier ? » ENSP/UCL, Saint Malo, 10-12 mai 1995.