

**Le Nain Laurent
Promotion 2017-2020
Groupe 3**

3 avril 2020

Travail de fin d'études

**Apprends à te connaître et tu
souffriras moins !**

*UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche
UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles*

IFSI des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 rue David Richard — BP. 426
67091 Strasbourg Cedex

Le Nain Laurent
Promotion 2017-2020
Groupe 3

3 avril 2020

Apprends à te connaître et tu souffriras moins !



UE 3.4 S6 : Initiation à la démarche de recherche

UE 5.6 S6 : Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et professionnelles

IFSI des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
1 rue David Richard — BP. 426
67091 Strasbourg Cedex

SOMMAIRE

1 - PHASE EXPLORATOIRE.....	- 1 -
1.1 - PREMIÈRE SITUATION PROFESSIONNELLE	- 1 -
1.2 - DEUXIÈME SITUATION PROFESSIONNELLE	- 2 -
1.3 - MOTIVATION PERSONNELLE	- 3 -
1.4 - INTÉRÊT PROFESSIONNEL	- 3 -
1.4.1 - <i>Au niveau du corps de métier</i>	- 3 -
1.4.2 - <i>Du point de vue personnel</i>	- 3 -
1.4.3 - <i>Au niveau de la réglementation</i>	- 4 -
1.5 - LECTURES EXPLORATOIRES	- 5 -
1.5.1 - <i>Les extraits</i>	- 5 -
1.5.2 - <i>Les livres</i>	- 6 -
1.5.3 - <i>Les concepts</i>	- 6 -
1.6 - LES ENTRETIENS EXPLORATOIRES	- 7 -
1.6.1 - <i>Analyse des entretiens exploratoires</i>	- 8 -
1.6.2 - <i>Résultats de l'analyse</i>	- 10 -
1.7 - LA QUESTION DE DÉPART	- 11 -
1.7.1 - <i>Les champs disciplinaires retenus</i>	- 11 -
2 - PHASE DE PROBLÉMATISATION	- 12 -
2.1 - INTRODUCTION	- 12 -
2.2 - ANALYSE DES CONCEPTS	- 13 -
2.2.1 - <i>La souffrance du soignant</i>	- 13 -
2.2.1.1 - Sur le plan organisationnel	- 13 -
2.2.1.2 - Sur le plan psychosocial.....	- 17 -
2.2.2 - <i>Les valeurs</i>	- 19 -
2.2.2.1 - Sur le plan organisationnel	- 19 -
2.2.2.2 - Sur le plan psychosocial.....	- 19 -
2.2.3 - <i>L'épanouissement</i>	- 21 -
2.2.3.1 - Sur le plan organisationnel	- 22 -
2.2.3.2 - Sur le plan psychosocial.....	- 22 -
2.2.4 - <i>La juste distance</i>	- 24 -
2.2.4.1 - Sur le plan psychosocial.....	- 24 -
2.3 - LE DÉSENGAGEMENT ET L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL	- 27 -
2.3.1 - <i>Le malaise infirmier</i>	- 28 -
2.3.1.1 - L'identité professionnelle et l'idéal éthique infirmier	- 29 -
2.3.1.2 - La relation avec le patient	- 29 -
2.3.1.3 - Les relations avec l'équipe et les médecins.....	- 29 -
2.3.1.4 - Les structures	- 30 -
2.3.1.5 - Les changements	- 30 -
2.3.1.6 - Le temps	- 30 -
2.3.2 - <i>Analyse du malaise infirmier</i>	- 30 -
2.3.2.1 - La situation de soin.....	- 30 -
2.3.2.2 - La privation dans la capacité de soigner.....	- 31 -
2.4 - HYPOTHÈSE	- 32 -
2.5 - CONCLUSION.....	- 32 -
3 - BIBLIOGRAPHIE
4 - ANNEXES.....	I
ANNEXE I.....	II
ANNEXE II.....	III
ANNEXE III.....	VI
ANNEXE IV	XIII
ANNEXE V	XX
ANNEXE VI	XXI

1 - Phase exploratoire

1.1 - Première situation professionnelle

M. O était un homme d'une cinquantaine d'années, il était incarcéré en attente de jugement dans une maison d'arrêt depuis environ 1 mois.

Il venait quotidiennement à l'unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) pour une prise de tension dans le cadre du suivi de son hypertension artérielle (HTA) ainsi que pour un suivi glycémique, étant donné que monsieur O est diabétique de type 2 non insulino-requérant.

Je m'occupais de lui tous les jours parce que j'étais essentiellement posté en salle de soins. Un jour, je remarquai qu'il se « traînait » un peu à sortir de la salle. Par conséquent, j'en ai déduit qu'il souhaitait sûrement me dire quelque chose qui ne sortait pas spontanément.

Je pris un peu le temps de discuter avec lui, n'ayant personne en salle d'attente. Il m'avoua qu'il ne savait pas comment il allait tenir s'il restait incarcéré, il avait une thymie triste alors que d'habitude il était plutôt jovial.

Il disait qu'il n'avait plus envie de rien, qu'il voulait juste rentrer à la maison, que personne, ni sa femme ni sa fille ne lui rendait visite. En effet, la demande d'autorisation de visite est une démarche qui peut être très longue à se mettre en place. Cependant, il n'était pas convaincu que ce fût réellement cela le problème, mais pensait plutôt qu'elles ne souhaitaient pas le voir.

Après en avoir discuté avec l'équipe soignante, celle-ci me transmet qu'en fait on ne peut pas faire grand-chose à part prendre un peu de temps avec lui, cependant l'organisation carcérale ne permet pas non plus de garder un détenu trop longtemps dans le service, c'est aussi une mesure de sécurité afin que les détenus ne restent pas trop longtemps dans un lieu peu sécurisé.

J'ai donc dû le renvoyer en cellule en lui ayant accordé à peine 5 minutes d'écoute.

Cette situation m'avait beaucoup frustré, j'avais une personne en détresse psychologique en face de moi et j'étais impuissant. Comment soigner un patient de façon singulière dans un environnement où la singularité n'a plus sa place, où tous les détenus doivent marcher dans le même sens, où la liberté de s'exprimer, de se déplacer, de se laver et même de se soigner est régie par l'institution et l'organisation carcérale ?

Mon questionnement :

- *Pourquoi étions-nous impuissants ?*
- *En quoi cette situation m'avait-elle frustrée ?*
- *Mon champ de compétence et d'autonomie était-il réduit ?*
- *Quels étaient mes droits pour soigner ce patient ?*
- *Comment soigner ce patient d'après nos valeurs dans ce genre de contexte ?*
- *Y a-t-il tout de même une façon de se positionner professionnellement afin de ressentir une satisfaction du travail bien fait ?*
- *Une autre solution, connue ou non, en dehors de l'UCSA était-elle possible ?*

Mots-clés : Impuissance — frustration — droit — soigner — valeurs - positionnement - champ de compétence — carcéral.

1.2 - Deuxième situation professionnelle

M. X était un homme d'une trentaine d'années incarcéré dans une maison d'arrêt et présentant une vive douleur dentaire avec la présence d'un léger œdème de la mâchoire.

Il avait demandé par courrier interne à voir le dentiste qui malheureusement était indisponible la semaine qui suivait. Les infirmières l'ont donc convoqué en consultation.

Mis à part un traitement antalgique de palier I que les infirmiers pouvaient lui donner pour réduire sa douleur, nous n'avions aucune solution de rechange possible. Un rendez-vous extérieur était impossible à mettre en place (suites aux règles de l'organisation carcérale) pour aider M. X à mieux supporter cette pathologie tout en limitant au maximum le risque infectieux.

Il était revenu à trois reprises cette semaine-là pour se plaindre de douleurs, nous ne pouvions que lui expliquer qu'il fallait attendre le retour du dentiste.

J'avais ce sentiment d'impuissance, d'arriver au bout de mes capacités, non pas physiques ou psychiques, mais organisationnelles.

Cela allait à l'encontre de certaines de mes valeurs, comme de toujours faire le maximum pour aider autrui.

Soigner la douleur est déjà bien en soi, mais après avoir appris à anticiper les risques potentiels par une démarche réflexive, ne pas pouvoir les limiter me rendait complètement frustré. Je souhaitais pour lui une meilleure prise en charge, plus rapide, plus appropriée.

Mon questionnement :

- *Pourquoi ce sentiment d'impuissance puisque c'était un fonctionnement institutionnel ?*
- *Qu'a-t-on réellement le droit de faire, de décider ?*
- *Quelles sont les limites de notre champ de compétence dans ce milieu ?*
- *En quoi mes valeurs furent-elles transgressées ?*
- *Pourquoi n'avions-nous aucune autre solution ?*
- *Peut-on quand même soigner un patient de façon holistique et singulière en milieu carcéral ?*

Mots-clés : Impuissance — droit - champ de compétence – valeurs — soigner — singularité - milieu carcéral — frustration.

1.3 - Motivation personnelle

Dans ces deux situations, je constate que je ressens un grand malaise à ne pas pouvoir mettre en application mes valeurs professionnelles lorsque j'exerce mon métier.

Je mets un point d'honneur à prendre soin des personnes, à donner le meilleur de moi-même, à donner mon temps. Cela va au-delà de simples contraintes organisationnelles, c'est un ressenti, une sensation, une souffrance interne.

Ma seule et unique motivation est de ce fait très personnelle, en lien avec mon vécu.

Je ne m'en étais pas rendu compte tout de suite lorsque j'ai écrit ces deux situations, cependant les guidances collectives m'ont permises de mettre le doigt sur un concept bien plus vaste qu'il n'y paraît, celui du Don et contre-don.

En réalité, inconsciemment, je cherche à savoir pourquoi je souffre dans certaines situations de soin et surtout quelle posture je dois prendre afin d'apporter le maximum aux patients sans en subir les conséquences afin de pouvoir conserver « mon énergie vitale ».

1.4 - Intérêt professionnel

1.4.1 - Au niveau du corps de métier

Bien que l'organisation du système de santé en France soit plutôt bien réglementée, documentée et même protocolaire, la souffrance des soignants est un thème qui revient sans cesse dans les médias, et cette récurrence m'interpelle au plus haut point. Si tout cela a été réfléchi, testé et mis en application, pourquoi la vision des soignants se heurte-t-elle si souvent au système de santé actuel ?

Dans ce TFE, j'essayerai de faire la lumière sur ce point sensible. Mon but étant de participer plus tard à un groupe de travail institutionnel ou de service dans le but d'améliorer nos conditions de travail en y incluant les ressentis de tout à chacun qui peuvent être biaisés par nos émotions.

1.4.2 - Du point de vue personnel

Cela fait 17 ans que j'exerce dans le milieu paramédical, j'ai donc à mon actif divers expériences dans différents domaines que sont le transport de patients en tant qu'ambulancier privé et au SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) ainsi qu'en tant que brancardier et aide-soignant en réanimation médicale.

Avec en plus l'expérience de tous mes stages effectués depuis mon entrée à l'Institution de formation en soins infirmiers (IFSI), je me suis rendu compte que cette souffrance est souvent présente et commune entre les différents services et même entre les différents corps de métiers en lien avec le soin. Il y a bien sûr la mésentente entre collègues qui est de mon point de vue universel, cependant en dehors de cela, les valeurs des soignants se heurtent très souvent aux objectifs institutionnels.

J'en ai moi-même souffert pendant des années, devant toujours faire un choix entre devoirs institutionnels et valeurs professionnelles, jusqu'à ce que je trouve ma propre posture, me permettant de réduire ma souffrance, sans malheureusement n'avoir pu la supprimer complètement.

J'ai ainsi pu constater que cette « douleur du soignant » est bien réelle et propre à chaque métier en lien avec la santé et dont le point commun est la prise en charge soignante des Hommes. Cette douleur touche toutes les dimensions du soin, physique, psychique, sociale et spirituelle. Mais pas que pour le soignant, elle touche indirectement le patient par le biais du « mal-être » de ces mêmes infirmiers.

Une prise en charge des risques psychosociaux (RPS) est pourtant bien présente au sein du système de santé, mais je constate qu'elle est trop souvent méconnue des soignants, et peu mise en avant par les institutions et même la médecine du travail.

Mon intérêt professionnel est donc de comprendre les mécanismes psychiques qui se mettent en place lors de l'exercice de notre profession afin de mieux pouvoir gérer mes émotions, me protéger, protéger les patients et m'épanouir dans mon travail.

Finalement, je veux tout simplement apprendre à utiliser efficacement la double écoute et pouvoir transmettre mes expériences et mes connaissances à des collègues qui en auraient besoin.

1.4.3 - Au niveau de la réglementation

Il existe des textes très précis à ce sujet :

- **L'article L4121-1 modifié par Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 — art. 2 stipule que :**

« L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° des actions de prévention des risques professionnels, y compris ceux mentionnés à l'article L. 4161-1 ;
- 2° des actions d'information et de formation ;
- 3° la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes. »

- **L'article L4121-3 modifié par LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 — art. 20 stipule aussi que :**

« L'employeur, compte tenu de la nature des activités de l'établissement, évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des

installations et dans la définition des postes de travail. Cette évaluation des risques tient compte de l'impact différencié de l'exposition au risque en fonction du sexe.

À la suite de cette évaluation, l'employeur met en œuvre les actions de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Il intègre ces actions et ces méthodes dans l'ensemble des activités de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement. »

Au niveau de la formation des futurs infirmiers diplômés d'état (IDE), la compétence infirmière la plus concernée par ce problème est sans nul doute la compétence 7 « Analyser la qualité et améliorer sa pratique professionnelle ». Cependant, je pense que toutes les compétences infirmières seront impactées par ce mal-être d'une manière ou d'une autre.

Ralph Waldo Emerson, essayiste, philosophe et poète américain du XIXe siècle écrit une citation souvent reprise, « *Personne ne peut sincèrement aider autrui sans s'aider soi-même : c'est l'une des plus belles compensations de la vie* »

L'intérêt professionnel du point de vue réglementaire de ce travail de fin d'études sera de comprendre les origines de la souffrance des soignants, de permettre à tout un chacun d'en repérer les signes précurseurs, de trouver une posture adaptée et singulière et d'agir en sorte à ne pas se diriger vers la phase ultime qu'est l'épuisement professionnel.

Tout le monde s'accorde à dire qu'il vaut mieux prévenir que guérir, les collègues, l'encadrement, les médecins et tout autre professionnel doivent connaître les signes d'un « malaise infirmier » afin de tendre la main et de porter secours aux soignants dans le besoin et souvent même de leur faire apercevoir une situation qu'ils sous-estimaient.

Pour cela, les équipes se doivent de connaître les solutions et les aides disponibles auprès de l'employeur ou de la médecine du travail.

Le but ultime des soignants est de prodiguer des soins de qualités, tout en préservant leur propre intégrité.

1.5 - Lectures exploratoires

1.5.1 - Les extraits

J'ai lu plusieurs livres, extraits de livres et études diverses concernant la singularité des soins, la pratique infirmière, l'éthique, le management, le stress, l'épuisement professionnel, le don de soi, les émotions du soignant et les risques psychosociaux. Ceci afin d'élargir mes recherches et avoir un point de vue plus global.

Cela m'a permis de constater l'ampleur du sujet sur lequel je me suis porté, que celui-ci brassait plusieurs dimensions et touchait une population très dense, avec au centre toujours la qualité des soins, et donc le patient, parce que je pense que le bien-être des patients passe d'abord par celui des soignants.

Pour mieux cibler le côté psychosocial qui m'avait le plus interpellé dans les lectures précédentes, j'ai lu quelques livres ayant pour sujet la souffrance soignante, le principe de management et la pratique infirmière, afin de mieux comprendre et analyser tout ce qui se met en place chez les soignants lorsque la souffrance apparaît et comment peut-elle prendre le dessus.

Le but était aussi de trouver des liens avec l'organisation d'un service, les plannings et les valeurs de la profession dans cette même organisation. De par mon expérience personnelle, j'étais persuadé que ces liens existaient.

En y réfléchissant bien, ces liens étaient présents dans mes situations, là où l'organisation du service m'empêchait de soigner en fonction de mes valeurs altruistes, créant ainsi en moi, une souffrance psychologique.

1.5.2 - Les livres

« Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir de Dominique Bourgeon, 2013 »

Cet ouvrage m'a permis de comprendre pourquoi, entre les enjeux institutionnels et les objectifs des cadres nés une friction entre les valeurs soignantes et à la posture professionnelle acquise durant les 3 années de formation à l'IFSI

« Soigner au rythme du patient de Alain Broca, 2016 »

Ce livre explique très bien le lien que je qualifierais de fort entre les soignants et les patients en raison de leurs objectifs communs, mais aussi à quel point les IDE sont tiraillés entre leurs devoirs, leurs valeurs, et les attentes des patients et des familles, par rapport à la liberté d'action qu'offre l'institution pour laquelle ils travaillent.

« Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique de A. de Bouvet et M. Sauvaige, 2005 »

Celui-ci, qui m'a beaucoup plus, il m'a permis de réfléchir sur les origines des souffrances des soignants et leur sentiment d'être dépossédé de leurs capacités à soigner.

Que non seulement il faut PENSER le soin dans une pratique réflexive, mais aussi par la double écoute, afin de ne pas devoir se PANSER soi-même.

1.5.3 - Les concepts

Les concepts que j'ai pu rencontrer dans ma question de départ dans mes deux situations professionnelles et que je vais développer sont les suivants :

- **La souffrance du soignant**, parce que c'est le concept clé de ce TFE, celui qui a gravé ces deux situations dans mon esprit et qui pour moi, est le principal frein à ma future profession.

J'y développerais les principes de :

- La Fatigue
- La peur
- L'insécurité

- Le stress
 - La responsabilité
 - L'épuisement professionnel
- **L'épanouissement**, tout simplement parce ce que c'est ce que tout le monde recherche pour ne pas souffrir et « vivre heureux » mais surtout pour mettre ce concept en compétition avec celui de la souffrance soignante. L'épanouissement comprend pour ma part :
- La reconnaissance
 - L'autonomie
 - L'estime de soi
 - La qualité de vie
 - Le don et contre don
- **Les valeurs**. Ce concept est le lien entre les deux précédents, la raison pour laquelle un infirmier peut basculer d'un côté ou de l'autre, propre à chacun en fonction de son éducation, de son environnement et de ses connaissances, il servira à déterminer une limite relative. Elle permettra, grâce à une double écoute, de se repositionner dans sa profession ou d'anticiper une situation devenant délétère pour le soignant ou le patient. Les valeurs sont bel et bien ce qui a engendré un malaise dans mes deux situations, elles incluront :
- L'identité
 - Les représentations sociales
 - L'Holisme
- **La juste distance** sera la solution hypothétique à mettre en œuvre en prophylaxie aussi bien qu'en curatif. Ce concept, que j'ai découvert lors de mes cours sur les soins relationnels du semestre 5, est pour moi la « pensée » maîtresse de toute relation harmonieuse dans les soins. Elle englobera :
- La relation d'aide
 - Les émotions
 - Les mécanismes de défense
 - La double écoute

1.6 - Les entretiens exploratoires

Le guide d'entretien que j'ai élaboré vise les infirmiers¹.

J'avais choisi d'interroger un infirmier d'EHPAD qui prend en charge des patients sur une durée extrêmement longue, qui a un recul important dans un contexte où les

¹ Annexe I

restrictions financières sont omniprésentes avec par voie de conséquence des objectifs institutionnels souvent peu en adéquation avec les objectifs soignants.

J'avais prévu aussi d'interroger deux infirmiers d'un service de moyen ou court séjour. C'est en effet pour moi la prise en charge la plus prévalente dans le cadre de la plupart des pathologies.

Et pour finir d'effectuer un entretien avec un infirmier en soin psychiatrique, cette spécialisation mettant en avant le relationnel, il déclenche souvent des mécanismes de défense de la part du soignant avec une remise en question quasi permanente de ses ressentis afin qu'il puisse adapter sa prise en charge par rapport à ses capacités du moment.

La crise sanitaire du COVID-19 (SARS-nCoV2) étant apparue lors de la rédaction de mon TFE, je n'ai pu effectuer que 3 entretiens infirmiers de mon secteur de stage vu le confinement mis en place par le gouvernement.

J'ai donc interrogé deux IDE d'oncopneumologie et une IDE de réanimation en cardiologie, toutes les trois ont moins de 7 ans d'ancienneté dans la profession, mais prennent en charge des patients et des familles dans un contexte d'incertitude quant à l'évolution favorable du patient au vu des pathologies et comorbidités. Ceci crée une relation forte entre soignants, patients et familles et engendre des séjours à moyen terme.

1.6.1 - Analyse des entretiens exploratoires²

La première infirmière (27 ans) a commencé par 3 années de réanimation médicale aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (HUS) après la sortie de l'école puis 4 années de réanimation chirurgicale en cardiologie aux HUS. En octobre de cette année, elle entamera une formation d'infirmière anesthésiste (IADE) en promotion professionnelle. 7 années d'exercice au total.

La deuxième infirmière (27 ans) a travaillé 6 mois au centre de cancérologie Paul Strauss en sortant de l'école puis a rejoint les HUS en exerçant au pool central de remplacement pendant 3 mois. Elle a ensuite rejoint la pneumologie dans un service de soins continu prenant en charge des greffés, mais souhaitant retourner en cancérologie elle a finalement pu rejoindre l'hôpital de jour d'oncopneumologie où elle y travaille depuis 1 an. 5 années d'exercice au total.

La troisième infirmière (26 ans) avait commencé la faculté de médecine où elle a dû refaire la première année. Elle avait ensuite le choix entre une formation en pharmaceutique ou sage-femme, elle avait choisi ce dernier, mais n'ayant pas réussi à concrétiser son projet elle a décidé de se réorienter vers le métier d'infirmière. Elle exerce depuis 3 ans en service conventionnel d'oncopneumologie. 3 années d'exercice au total

Dans la question « *Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à l'épanouissement des soignants dans leur milieu professionnel ?* » Seule la première infirmière parle d'organisation et de respect des valeurs, les deux autres infirmières d'oncologie mettent plutôt en avant le relationnel avec les patients et la troisième rajoute même

² Annexe II

l'accès à la formation. La collaboration avec les professionnels se retrouve avec la première et la troisième infirmière. Ce sont des lieux d'exercice où la collaboration est très présente, avec les médecins essentiellement.

Dans la question « *Que signifie pour vous **qualité des soins** ?* » Le respect des protocoles est unanime, cela concerne aussi bien hygiène que la sécurité des patients et des soignants. Le patient, son confort, sa confiance, le relationnel et la prise en charge globale le sont aussi. Les moyens matériels, le temps nécessaire pour les soins sont présents pour la première et la troisième infirmière. Seule la première infirmière parle de résultat et donc d'évaluation des soins.

Dans la question « *Pensez-vous que votre vie personnelle influence la **qualité des soins** (et vice-versa) ? Pourquoi ?* » les trois infirmières disent « oui » à l'unanimité. Pour elles, il est quasi impossible de cloisonner (cliver) nos émotions. La première infirmière rajoute même que les situations de soins sont de plus en plus difficiles et la deuxième dit qu'il faut savoir refuser de prendre en charge un patient afin de se protéger.

Dans la question « *Quels liens pourriez-vous exprimer entre la **qualité des soins** et l'**épanouissement** professionnel ? Pourquoi ?* » Là encore, les trois infirmières sont d'accord de dire qu'une qualité des soins, dans le respect de leurs valeurs ou des protocoles entraîne une satisfaction professionnelle. La troisième exprime le fait qu'il n'est pas nécessaire d'être épanoui au travail pour faire un bon soin, mais que le relationnel en sera négativement impacté ce que la deuxième infirmière relate aussi dans le cadre du COVID-19, la charge mentale et le stress émanant diminuent la disponibilité mentale des soignants.

Dans la question « *Quelles sont les **valeurs** que vous défendez dans votre profession ?* », les trois infirmières mettent en avant le confort et le bien-être du patient. Au niveau du soignant lui-même, la première infirmière parle d'éthique et la troisième de rigueur et de conscience professionnelle.

Dans la question « *Est-ce important pour vous la **reconnaissance** au travail ? Pourquoi ?* » La réponse est « oui » pour les trois infirmières, surtout de la part de l'encadrement, preuve d'un travail bien fait pour la première infirmière. La seconde infirmière exprime le fait que la reconnaissance du patient est encore plus importante que celle de la hiérarchie.

Dans la question « *Pensez-vous être suffisamment **reconnu** dans votre travail ? Argumentez votre réponse* » les réponses sont très mitigées, en fonction de la relation et de la confiance envers les infirmières de la part des médecins essentiellement, mais ce qui en ressort le plus souvent et le manque de temps, de moyens humains et matériels demandés par les soignants, ce qui leur donne l'impression de ne pas être entendu. La troisième infirmière est plus précise encore en disant « *Tant que mes propres valeurs sont respectées...* » et avoue que le COVID-19 leur donne d'un seul coup plus d'importance au sein de l'encadrement et des médecins.

Dans la question « *Avez-vous déjà eu envie de **quitter** le service ou de **changer** de profession ? Pour quelles raisons ?* » Là encore, la réponse est « oui » pour les trois infirmières suite aux dégradations des conditions de travail. Pour la troisième

infirmière si ses propres valeurs sont conservées elle attendra pour quitter le service, mais les deux autres parlent aussi de situations éthiques compliquées, de la présence quasi constante de la mort et de la souffrance.

Dans la question « *Comment voyez-vous votre avenir et celui de la profession d'infirmier ?* » La réponse prévalente pour la profession est que les conditions de travail étant de plus en plus mauvaises, les recrutements sont très difficiles, dans la fonction publique. La deuxième infirmière se demande même si, comme en Allemagne, nous n'allons pas avec le temps supprimer les aides-soignants et augmenter la charge de travail des infirmiers (qui peut le plus, peut le moins). Du point de vue personnel, la première infirmière désire évoluer vers la formation d'IADÉ, la seconde souhaite faire soit un diplôme universitaire (DU) ou un master en pratique avancée en cancérologie et la troisième idem, ou carrément partir en libéral.

1.6.2 - Résultats de l'analyse

Je constate que la majorité des infirmières souhaitent évoluer, est-ce une fuite des conditions de travail, un **désengagement**, ou une volonté d'améliorer ses pratiques pour des soins de meilleure qualité ?

Les **valeurs sont importantes** pour les infirmières, tout comme la qualité des soins et la **reconnaissance** de leur travail. Les **émotions** du soignant sont bien repérées et mises en avant comme un **frein** potentiel à la **qualité des soins et des relations**. Malgré tout, le patient reste la préoccupation majeure des infirmières, qui d'après ce que je comprends, sont prêtes à se « **sacrifier** » pour leur mission.

Une phrase de Yves Clot, professeur de psychologie du travail dans son ouvrage « Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux » résume bien les enjeux de nos valeurs sur notre psychisme :

« Le travail vécu comme de mauvaises qualités ruine la santé mentale et l'efficacité... Il faut soigner le travail et faire du travail soigné pour la santé mentale. »³

Mon étude prendra en compte le résultat de cette analyse tout au long de ma rédaction, les concepts clés y seront largement représentés et exposés.

³ Y., Clot. 2010. «Le travail à coeur: Pour en finir avec les risques psychosociaux.» Paris : La découverte.

1.7 - La question de départ

Au vu de toutes mes recherches du résultat de mes entretiens infirmiers ainsi qu'à mon auto-analyse, ma question de départ sera la suivante :

En quoi l'impossibilité pour l'infirmier d'appliquer ses propres valeurs soignantes peut-elle engendrer un désengagement voire un épuisement professionnel ?

1.7.1 - Les champs disciplinaires retenus

- ***L'organisation***, incluant l'encadrement, le travail en collaboration et la mise à disposition de moyens humains et matériels, c'est une problématique qui revient régulièrement dans les actualités et les entretiens infirmiers.

- ***Le domaine psychosocial***, qui est au cœur des valeurs propres et communes à une société. Ce champ comprend les émotions, les mécanismes de défense et met en avant le contexte relationnel entre le patient et le soignant ainsi que tout ce qui pourrait faire évoluer celui-ci.

2 - Phase de problématisation

2.1 - Introduction

L'Homme a conscience de sa mort et donc de sa finitude dans le temps, il a besoin de donner un sens à sa vie, entre destinée et destination.

La maladie quant à elle, lorsqu'elle se présente à lui, l'éloigne du présent voulu, sa relation avec celui-ci est modifiée, il perd ses repères, un peu comme si l'on enlevait la boussole d'un bateau au milieu de l'océan.

Ensuite, vient souvent l'isolement et la solitude psychique, le patient navigue au milieu de l'océan sans apercevoir la terre à l'horizon, caché par son seul passager, sa maladie et toutes les pensées récurrentes qui viennent à lui concernant sa destination, à quelle vitesse doit-il vivre pour profiter au mieux du paysage et naviguer le plus longtemps possible sans s'y perdre.

Alain de Broca, neuropédiatre, responsable de l'unité mobile régionale pédiatrique au CHU d'Amiens, philosophe et directeur de l'espace de réflexion éthique régional de Picardie⁴ compare la vie de chacun au « *Boléro* » de Ravel, qui n'est qu'une succession d'instruments qui s'ajoute aux précédents, comme nos expériences de vie, notre présent, se rajoute à notre passé sans savoir quand la fin arrivera et comment la musique de la vie se terminera.

Pour Sénèque, philosophe de l'école stoïcienne, dramaturge et homme d'État romain du 1^{er} siècle, le présent doit être contenu et canalisée par une vie pure et droite. Ne s'occuper, ni d'hier ni de demain est à la base du bonheur et d'une vie pleine : « *Accroche-toi à toutes les heures. Ainsi tu parviendras à dépendre moins du lendemain, si tu mets la main sur le jour présent* »⁵.

Je pense que pour la majorité des personnes le présent est différent de l'instant, de l'instantanéité, c'est plutôt le début et la fin d'une action. Pour eux, le présent a une durée déterminée, une action précise, or la maladie, l'âge, ne permet pas toujours d'effectuer des actions ou d'en finir une, donc un sentiment de vie « en mode pause » apparaît.

L'élan vital, qui n'est rien d'autre que la « vitesse » à laquelle on vie, du passé vers l'avenir, ralentit de plus en plus avec la maladie, avec l'âge, en effet, plus nous vieillissons et moins nous avons d'action en général. De plus la notion de temps elle-même se perçoit différemment avec l'âge.

Tout cela me questionne :

- Quelle est la place des soignants sur cet océan ?
- En tant qu'infirmiers, sommes-nous simplement présents à certaines étapes d'une maladie, sommes-nous en attente du patient dans un port « de soins » ou voyageons-nous avec lui ?

⁴ Broca, Alain de. 2016. *Soigner aux rythmes du patient*. Seli Arslan.

⁵ Sénèque. 2002. *Lettres à Lucilius*. Paris: Mille et une nuits.. Éditions Arléa.

Les valeurs, voilà le carburant de nos vies. Nous n'avons pas tous les mêmes valeurs, celles qui nous conduisent vers l'épanouissement personnel ou professionnel. Mais l'altruisme des soignants, cet ingrédient majeur composant ce fameux carburant nous fait souvent apercevoir trop tard que nous avons trop voyagé aux côtés de nos patients tellement sa puissance est remarquable. Il nous permet de voir le paysage de la vie, celle de la vie du patient avec qui nous voyageons et qui nous gratifie par son élan vital et son sourire.

- Pour moi, soigner signifie accompagner, mais à quel prix ?
- Si nous voyageons avec nos patients, nous sacrifions-nous pour eux ?
- Pouvons-nous vivre sur la route de nos patients et en même temps vivre vers notre propre destinée ?
- Ne serons-nous pas un moment donné sur la mauvaise voie ?
- À quel moment et à quel port devons-nous débarquer pour continuer notre route, notre vie et à quelle distance de nos patients sommes-nous le plus en sécurité ?

2.2 - Analyse des concepts

2.2.1 - La souffrance du soignant

Définition de « souffrance » d'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) créée par le Centre National de recherche scientifique (CNRS) :

« Fait de souffrir, d'éprouver une douleur physique ou morale ; état d'une personne qui souffre. »

Définition de l'Association de recherche en soins infirmiers (ARSI) :

« La souffrance est une expérience affective de base, qui comporte un caractère de désagréable et d'aversion, et qui est associée pour l'individu concerné à un dommage ou à une menace de dommage. Elle exprime une diminution de pouvoir, de la capacité d'agir, du potentiel de l'être. »

2.2.1.1 - Sur le plan organisationnel

Le progrès informatique est exponentiel depuis le XX^e siècle. Le docteur en chimie, en physique et informaticien Gordon Earle Moore constate que la puissance et la vitesse des ordinateurs doublient tous les 2 ans, c'est ce que l'on appelle la « loi de Moore ».

Or le psychisme est très fortement attiré par la vie numérique ce qui crée une modification du comportement humain, un besoin de vivre à 100 à l'heure et de dépasser ses limites, le sentiment de puissance, le besoin insatiable d'immédiateté, c'est ce que l'on nomme le transhumanisme. C'est une philosophie qui analyse l'usage

des technologies pour en améliorer la condition humaine en dehors des contraintes de l'évolution biologique.

Avec l'informatisation le temps paraît accéléré, le temps local devient planétaire. Nous sommes toujours en attente de réponse, les commandes sont rapides, les paiements aussi, paradoxalement nous avons cette sensation de toujours manquer de temps. J'ai eu cette même impression lors des soins que j'ai effectués à l'UCSA, pas le temps, pas assez de temps ! L'organisation carcérale est « calculée » statistiquement, informatiquement, pas humainement.

La vie biologique quant à elle évolue très peu en efficacité, voire pas du tout en comparaison.

Sur un plan organisationnel se crée inévitablement un écartèlement entre les compétences des soignants, leurs disponibilités et le rythme d'un service de soins se basant sur le rendement, l'instantanéité et la programmation à court et à moyen terme des soins.

La sortie d'un patient est souvent déjà prévue à son admission, avant même de commencer les thérapeutiques. Le soignant se retrouve débordé, submergé par une charge de travail qui est si simple à programmer dans un logiciel de soins, mais tellement plus complexe à mettre en œuvre. **Le relationnel lui, ne se programme pas.** La compétence 9, organiser et coordonner les interventions soignantes est au cœur du problème. Cette compétence acquise pendant nos stages, que l'on ne peut pas toujours appliquer à notre propre image.

La charge intellectuelle devient de plus en plus importante. La qualité des soins, les protocoles, la technologie des appareillages et des examens, la traçabilité des actes, l'étoffement du dossier patient (personne de confiance, directives anticipées, résultats d'analyses...), la T2A (tarification à l'activité), les restrictions budgétaires et les transmissions écrites s'ajoutent au travail présent. Cette charge administrative laisse peu de place au relationnel avec les collègues, les familles ou les patients.

De plus, les responsabilités de l'infirmier, la peur de l'oubli, de l'erreur, du jugement et la vigilance permanente envers les patients augmentent encore plus la charge mentale.

D'après les chercheurs en sociologie Christian Baudelot et Michel Gollac, « *L'intensification du travail empêche les travailleurs de construire un compromis entre les objectifs de la production, leurs compétences et la préservation de leur santé. Ils doivent travailler de la façon la plus rapide, mais non la plus adaptée à leur spécificité personnelle* »⁶.

Le Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002⁷ relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, cadre depuis assez récemment le temps et la durée du temps de travail.

Même si les 35 heures sont une bonne chose pour l'ensemble des salariés, afin de bénéficier de plus de temps personnel, on peut se demander comment un infirmier peut ne pas être frustré de « passer la main » à son collègue, venant le relever en sachant qu'il aurait aimé en faire plus, qu'il aurait aimé évaluer le fruit de son travail afin de

⁶ Baudelot C., Gollac M. 2009. «Le travail, source de satisfaction ou de souffrance ?» *Problèmes politiques et sociaux*, n° 965. *Stress et risques psychosociaux au travail*.

⁷ Annexe III

bénéficier lui aussi de la gratification du travail bien fait, nourrissant par la même occasion son côté narcissique, son estime de soi et la confiance en ses propres capacités.

Il paraît pourtant évident que la continuité des soins est essentielle, et ceci 24 h/24, afin de privilégier la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, à condition de ne pas travailler à flux tendu avec un personnel calculé au plus juste où chaque absence consomme de plus en plus les efforts des collègues en poste.

C'est le concept du don et contre-don dont j'expliquerais les mécanismes sur le plan psychosocial un peu plus loin.

Le sociologue et chercheur au CNRS Marc Lorient met même en avant la problématique du travail de nuit. Dans son article « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », il dit que « *le travail de nuit rompt avec l'équilibre physique en obligeant l'individu à rester éveillé quand ses fonctions biologiques se mettent en veilleuse* »⁸. Un rythme de travail atypique alternant des matins, des après-midi et des nuits est donc très déstabilisant pour notre horloge biologique et notre santé mentale. Mais a-t-elle réellement un rôle dans notre capacité à résister aux événements déplaisants ?

Personnellement j'en suis plus que convaincu.

Certes, les Transmissions ciblées constituent un gain de temps sur les transmissions orales, toutefois, uniquement pour des cas non complexes de patients, sinon c'est le débordement inévitable sur les horaires, donc sur les 35 h.

Selon Robert Holcman, directeur d'hôpital et docteur en sciences de gestion « *Ce n'est pas le manque de personnel ou bien la charge de travail excessive qui est fatigant, mais l'organisation — ou l'inorganisation — du travail. Il n'est pas rare que les supports-papier coexistent avec l'informatique censée les remplacer. Le nombre de documents à remplir à l'arrivée ou au départ d'un patient est pléthorique, donc bien souvent redondant.* »⁹

De là naît ce que je nomme le paradoxe des infirmiers qui se plaignent du dépassement des horaires, par convictions personnelles ou par conscience professionnelle et qui pourtant ne notent pas la plupart du temps les heures supplémentaires.

Est-ce la faute de l'encadrement qui refuserait de valider ce temps de dépassement, jugeant que cela est tout à fait normal ?

Mon expérience professionnelle et ma curiosité me confirment que oui, une bonne partie des cadres disent que c'est juste un problème de gestion du temps de transmission de la part des infirmiers. Or heureusement, une autre partie des cadres acceptent volontiers de noter les heures supplémentaires, mais elles ne reçoivent que très peu de demandes de la part des soignants.

Le planning est aussi un sujet de tension entre collègues ou entre soignant et cadre. L'idéal est un planning « sur don », mais celui-ci ne peut fonctionner que sur une équipe réduite et soudée, ou avec un objectif commun important.

⁸ M., Lorient. 2001. « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. » *Travail et santé, Prévenir n°40*, p. 20.

⁹ R., Holcman. 2007. *La fin de l'hôpital public ?* Éditions Lamarre.

Si le passage à une organisation plus formelle est mis en place alors il en ressortira forcément un manque de reconnaissance ressentie par les soignants, un sentiment de n'être qu'un pion ou un matricule, amplifié par la carence en formation professionnelle due à l'impossibilité de détacher un soignant du planning.

Pourtant, là encore, les soignants ont un pouvoir de négociation envers le cadre comme l'explique le sociologue français Michel Crozier concernant la sociologie des organisations¹⁰.

Le cadre a autant besoin de soignant qu'eux-mêmes d'un encadrement présent, alors pourquoi les soignants subissent le système au lieu de s'y inclure ?

Depuis 2002, et la mise en place de la récupération du temps de travail (RTT), le rapport au travail a changé, privilégiant l'émergence des loisirs.

« *C'est ainsi que le temps de travail n'est plus le temps qui structure la vie de la personne, mais de plus en plus celui qui vient s'insérer dans les interstices du temps de vie de la personne* » dicit Jacques Lambert, ancien journaliste et auteur du livre « *Management intergénérationnel* »¹¹

Actuellement, nous sommes dans une société de loisirs, mais les valeurs professionnelles sont toujours d'actualité.

Deux représentations principales sont présentes à l'esprit des professionnels, celui de célibataire ou de couple sans enfant où le temps libre est consacré aux loisirs, et celui de couple avec enfant correspondant à des obligations familiales, d'éducation des enfants et source de souffrance, d'écartèlement entre le besoin de travailler pour nourrir la famille et le besoin d'évoluer au sein de celle-ci.

Ce qui ne signifie pas que les soignants n'ayant pas d'enfant souffrent moins, en effet s'ils n'ont pas besoin de jongler entre leur vie professionnelle et leurs enfants, ils doivent le faire avec leur conjoint ou leur famille.

Se créer alors des tensions entre collègues et avec l'encadrement. Les vacances scolaires par exemple, sont une « injustice » pour ceux qui n'ont pas d'enfant, d'où la nécessité de prévoir des plans de secours à chaque programmation d'activité de loisirs, ce qui favorise une tension présente dans leur esprit 24 h/24, une place en moins pour le reste et une charge mentale en plus.

Le sociologue et directeur de recherche au CNRS Paul Bouffartigue l'explique très bien dans son enquête effectuée auprès d'infirmiers hospitaliers « *Ainsi, elles "jonglent" avec leurs horaires de travail, ceux de leur conjoint, voire ceux de leurs enfants qui doivent parfois s'adapter aux leurs.* »¹²

Un autre sujet portant préjudice à la vie privée, le travail en horaires atypiques où le temps libre est décalé, compliquant la prise de rendez-vous et laissant moins de temps avec sa famille, ses amis ou avec soi-même.

Cela va engendrer une recherche d'intensité de ces moments personnels, comme si le soignant voulait « racheter » le temps volé par le travail auprès de ses enfants ou de

¹⁰ Crozier, Friedberg. s.d. *L'acteur et le système*. Paris: Le seuil.

¹¹ J., Lambert. 2009. *Management intergénérationnel*. Éditions Lamarre.

¹² Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller. 2003. «Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières.» *HAL archives ouvertes*. 27-28 novembre. Accès le septembre 22, 2019. <https://hal.archives-ouvertes.fr>.

son conjoint, ainsi naît un sentiment de culpabilité envers autrui. Sentiment que tous les soignants connaissent très bien, les valeurs personnelles entrent alors en conflit avec les valeurs professionnelles, des négociations sans fin s'enchaînent alors avec les enfants, conjoints, famille et cadre, les concessions s'accumulent et laisse un sentiment de ne jamais rien avoir en retour apparaît.

À cela s'ajoute le délai de prévenance des plannings inscrits dans les textes de loi (15 jours avant la date d'effet), qui déclenche une « incertitude du planning » si à cela on ajoute le travail du week-end cela risque de donner lieu à une autre souffrance familiale.

La solution des soignants pour palier à la trame du planning est tout simplement d'échanger les jours de travail entre collègues, mais les après-midi sont plus difficiles à troquer, ils délaissent le temps en soirée pour la famille et les enfants qui vont à l'école le matin, donc l'intérêt de chacun doit être pris en compte

Les échanges entre collègues sont des arrangements de même niveau, ce qui est différent de la contrainte produite avec le cadre ou entre en jeu la hiérarchie et les objectifs institutionnels.

C'est justement ces objectifs qui perturbent tous les ans les soignants qui souhaitent poser leurs vacances, une négociation qui n'aboutit pas forcément à la satisfaction de l'agent ni de sa famille.

2.2.1.2 - Sur le plan psychosocial

Les patients et les familles se connectent sur internet pour avoir des réponses, des diagnostics, ils peuvent devenir des patients experts de leur pathologie.

Ils peuvent donc se heurter aux connaissances des médecins et des infirmiers, ou même de l'institution, ne comprenant pas pourquoi ces professionnels ne savent pas tout, n'ont pas toutes les réponses à leurs questions alors même qu'ils ont déjà leur propre vérité.

Que peut bien ressentir un soignant confronté à son manque de connaissance ?

Non pas parce qu'il est incompetent, mais parce qu'il devrait, d'après le programme de formation des étudiants en soins infirmiers, être polyvalent et compétent dans une multitude de disciplines (articles 4311-1 à 15 du code de la santé publique)¹³.

La propre estime du soignant peut en souffrir, amenant à un manque de confiance en soi.

Comment pourrait-il mémoriser toutes ces spécialités ?

Un infirmier se doit d'être compétent, c'est-à-dire savoir utiliser ses connaissances à bon escient et faire les liens avec une situation donnée, mais dans son domaine d'exercice ! On ne lui demande guère d'avoir réponse à toutes les questions, mais simplement d'être capable de rechercher celle-ci en utilisant tous les outils et en collaborant avec tous les professionnels à sa disposition, c'est la compétence 8 (rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques) qui est mise en œuvre.

Mais que comprend le patient quand un soignant répond à sa question par « je ne sais pas, je vais me renseigner » ?

¹³ Annexe IV

Quel préjugé celui-ci va-t-il avoir sur ce même soignant ? Bloquant peut-être toute évolution dans la relation patient/soignant.

L'altruisme du soignant ne peut-il pas être malmené par un manque de confiance en soi et par un manque de confiance de la part du patient ?

Le soignant, tout comme le patient d'ailleurs, a besoin de cet échange que j'évoquais un peu plus haut : Le Don et le contre-don, sans lui point de qualité des soins.

Ce don peut très bien être matériel, mais bien souvent il est plutôt émotionnel. Demander à un infirmier de soigner un patient sans émotion c'est comme « *demander à un chirurgien d'opérer avec une main anesthésiée* ».

Marcel Mauss, fondateur de l'anthropologie française, a mis en évidence les échanges des sociétés primitives autour de la triple obligation de « *donner, recevoir et rendre* »¹⁴.

De là naît sûrement l'obligation d'accepter puis de rendre la pareille. Une obligation que tout un chacun ressent lorsqu'il est confronté à ce genre de situation, de se sentir redevable voir même de culpabiliser s'il ne sait pas comment rendre une attention singulière qui de base était certainement désintéressée.

Dans le concept du don et contre-don, on note l'importance du délai, du temps imparti. Cependant selon Sénèque, si le donateur se trouve en situation de nécessité il n'attendra pas forcément un retour immédiat¹⁵.

Finalement, le don vise à l'intégration et à la participation de la vie en société.

Le soignant donne, du temps, de l'énergie et de la bienveillance, malgré un retour qui n'est pas forcément positif pour lui comme c'était mon cas en m'occupant des deux patients de mes situations de soins.

Un patient passe par les 5 phases du deuil qui sont le choc et le déni, la colère, la négociation, la douleur et la dépression et enfin l'acceptation. Or, le patient peut très bien revenir sur une phase où il est déjà passé, par exemple la colère, dans ce cas le contre-don par rapport au soignant ne sera pas à la hauteur de ses attentes, ne valorisera pas son dévouement, ainsi le rapport humain et par conséquent la qualité des soins risque d'en pâtir.

La famille aussi passe par ces phases, le soignant peut se retrouver « coincé » entre elle et le patient.

Le patient de ma deuxième situation de soins ne comprenait pas comment on pouvait le laisser souffrir alors même que les droits en matière de santé en milieu pénitentiaire sont les mêmes qu'en dehors, il avait perdu confiance en l'institution soignante, se maintenant dans la colère !

J'irais même plus loin en disant que les infirmiers aussi passent par ces 5 phases avec chaque patient lorsque les situations relationnelles se dégradent ou disparaissent pour une raison ou une autre.

Il est important dans ce cas pour le soignant d'avoir un lieu et un temps d'échange que ce soit avec les collègues, les médecins, le cadre, voir même avec la psychologue du service afin de ne pas accumuler des émotions qui pourraient être destructrices à long terme.

¹⁴ Mauss, Marcel. 1950. *L'essai sur le don*. 1922. PUF 7e édition.

¹⁵ Sénèque. 1995-1996. *Les bienfaits. L'homme de bien. Savoir donner*. Éditions Arléa.

Cet échange est une chose difficile et par conséquent psychologiquement peu accessible pour moi qui est très introvertie et ne partage que rarement mes sentiments.

Le temps d'échange est un soutien et une décharge émotionnelle qui consolide la cohésion d'équipe selon Madeleine Estryn-Behar, praticien hospitalier à la médecine du travail de l'assistance publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP)¹⁶

2.2.2 - Les valeurs

Définition de « valeur » d'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) créée par le centre national de recherche scientifique (CNRS) :

« Qualité physique, intellectuelle, morale d'une personne qui la rend digne d'estime. »

2.2.2.1 - Sur le plan organisationnel

Pour un infirmier, le temps structure le soin, mais le soin structure aussi le temps en retour, tout comme soigner c'est accompagner et donc prendre du temps. Or comme je l'ai énoncé dans le concept de la souffrance soignante, l'institution ne permet pas toujours de prendre le temps.

Pourtant l'infirmier a besoin de cela pour prendre soin d'autrui en respectant ses valeurs, cependant la période de travail qui lui est alloué n'est pas flexible et il doit s'organiser afin de pouvoir effectuer tous les soins programmés avec une optimisation maximale du temps imparti, faute de quoi il risque d'y avoir apparition d'une certaine frustration et souffrance.

Un écartèlement surgit entre les données objectives, les protocoles, les missions, les programmations des soins et son ressenti subjectif, son humanité et ses valeurs. Entre le projet de faire le bien (bienfaisance) et de pas mal faire (non-malfaisance) tout en tenant compte des besoins des patients et des familles. Mais là on entre déjà dans la dimension psychosociale.

2.2.2.2 - Sur le plan psychosocial

Un infirmier se doit de prendre soin de soi, de sa famille et de ses amis, finalement il est tenu à « soigner » son entourage.

Pourquoi tenu, n'est-ce pas là une contrainte ?

Parce que l'Homme vit constamment selon ses propres valeurs, les valeurs d'un soignant ne lui permettent pas vraiment de se reposer, soignant professionnel, soignant familial, soignant 24 h/24. Mais c'est une contrainte relative, c'est aussi un choix de vie, c'est ça une valeur. Vivre avec des « contraintes » parce que le retour est beaucoup plus épanouissant que la pression morale elle-même.

¹⁶ Estryn-Behar M., Negri J.-F., Le Nezet O. 2007. *Abandon prématuré de la profession d'infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail. Droit, déontologie et soins* n°7 p.308.

La formation en soins infirmiers nous prépare à repérer, accepter et mettre en œuvre nos valeurs soignantes. Personnellement, je possédais déjà des valeurs en tant qu'aide-soignant, surtout lorsque je travaillais en réanimation, mais ces 3 années de formation à l'IFSI m'ont ouvert l'esprit sur une prise en charge plus globale du patient, dans toutes les dimensions du soin (physique, psychique, sociale et culturelle) et m'ont rendu plus exigeant envers moi-même au point de vouloir maîtriser mes actes de soins sans aucune faille, à donner le maximum pour les patients. Mais à quel prix ?

Ce sont quand même ces valeurs qui m'ont fait souffrir à l'UCSA, si elles sont enseignées, pourquoi ne sont-elles pas les mêmes pour tout le monde ?

En fait mes valeurs ne se sont pas créées, elles se sont juste manifestées et sont devenues ma référence.

Selon le professeur en sociologie Daniel F. Chambliss, la difficulté des valeurs viendrait de « ... *l'existence de conflits de rôles et de contraintes externes entraînant des lignes de tension forte due aux différentes catégories socioprofessionnelles, différents niveaux d'exigence entre patient, médecin, famille, collègues, cadre, institutions, administration* »¹⁷. Ce qui sous-entend à mon avis une nécessité à s'adapter singulièrement avec les patients, mais aussi avec les professionnels de santé et l'organisation du service.

Si ce qu'il dit est vrai, nos valeurs d'infirmiers devraient être génériques et correspondre à une majorité de personnes, quel que soit notre niveau social pour qu'un service tourne correctement. À moins que celle-ci, réflexion faite, soit évolutive et en mouvement permanent, apparaissant, disparaissant et changeant régulièrement de priorité en fonction du contexte. Cela expliquerait une pratique réflexive et des valeurs naissantes, se métamorphosant ou s'évanouissant avec l'expérience professionnelle. Mais que devient un infirmier dont la majorité des valeurs, ou du moins les plus prévalentes, disparaissent petit à petit ou que celui-ci n'a pas la possibilité de les appliquer au quotidien ?

Nos valeurs nous permettent de suivre une corde, une ligne de vie, grâce à elles, nous nous sentons en sécurité sur cette falaise qu'est la souffrance des patients et même des collègues. Attaché à elle, nous souffrons moins, nous arrivons même à nous épanouir, mais est-ce la même corde que nos patients, est-ce le même océan sur lequel nous naviguons ?

Selon Alain de Broca, soigner au rythme du malade en tenant compte de son vécu, de ses perceptions, de son ressenti qui fluctuent au fil de son parcours est bien différent du soignant qui rythme ses soins en fonction de son organisation, celle du service ou de l'institution¹⁸.

Dans un contexte où l'hôpital évolue sans arrêt, comment les infirmiers peuvent-ils sans cesse redéfinir leurs priorités, leur niveau de formation et se reconstruire en gardant ses propres valeurs et celles que demande leur profession ?

¹⁷ D.F., Chambliss. 1996, p.93. *Beyond Caring-Hospitals, Nurses and the social organization of ethics*. Edition Chicago.

¹⁸ Broca, Alain de. 2016. *Soigner aux rythmes du patient*. Seli Arslan.

La formation en soins infirmiers permet-elle de préparer ces changements par une vision réflexive ?

« Prendre soin », selon Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique est « *une attention particulière portée à une personne vivant une situation particulière en vue de lui porter aide, de contribuer à son bien-être, de promouvoir sa santé* »¹⁹

Je comprends donc cela comme une singularité entraînant une adaptation tout aussi singulière de l'infirmier afin de concrétiser ses objectifs.

La polysémie du mot « soin » englobe, réparer, soulager, contenter, former, éduquer, accompagner, etc. tout comme le défini dans plusieurs dimensions le CNRTL : « *S'occuper de la santé, du bien-être moral ou matériel de quelqu'un* »

Alors que les infirmiers utilisent le « to care » pour définir le « prendre soin », les médecins utilisent plutôt « to cure » pour le côté « curatif », ce qui correspond mieux aux objectifs médicaux, à une objectivation du malade et des pathologies.

Le « to care » des infirmiers concoure plus au respect d'autrui, à une prise en charge globale et est de plus en plus pris en compte par les médecins qui estiment qu'une prévention primaire est plus efficace à long terme que les thérapeutiques.

La collaboration médecin/soignant est essentielle pour une qualité des soins bien entendu, mais aussi, et surtout pour une reconnaissance de la valeur propre de chacun dans le parcours du patient vers une finalité commune.

La notion « d'Human caring » selon Jean Watson, professeure émérite en sciences infirmières est au centre de la discipline infirmière pour favoriser le « *... développement d'une relation d'aide et de confiance comme étant un élément essentiel pour des soins de qualité* »²⁰ ainsi le sens de ce mot dans la relation avec le patient dépend principalement de l'identité de l'infirmier et donc de ses propres valeurs.

2.2.3 - L'épanouissement

Définition de « épanouir » d'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) crée par le centre national de recherche scientifique (CNRS) :

« Se détendre sous l'effet de la joie ou de la gaieté, atteindre son paroxysme »

Définition de « paroxysme » d'après le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) crée par le centre national de recherche scientifique (CNRS) :

« Moment le plus intense dans le déroulement de quelque chose »

¹⁹ W., Hesbeen. 1997, P.8. *Prendre soin à l'hôpital - Inscrire le soin dans une perspective soignante*. Paris: Edition Interéditions Masson.

²⁰ J., Watson. 1998, p.23. *Le caring*. Paris: Edition Seli Arslan.

2.2.3.1 - Sur le plan organisationnel

L'épanouissement est en lien étroit avec les valeurs, il est pourtant souvent attendu hors du travail, Dominique Bourgeon, docteur en sociologie et directeur des soins, en parle très bien dans son livre « Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir »

D'après lui « *le planning est un thermomètre des conditions de travail non égalitaire absolu, mais d'une égalité pondérée des situations individuelles* »²¹

Cela signifie que, pris dans son ensemble, en regardant la trame de tous les soignants, le planning n'est absolument pas « juste » pour tout le monde, mais que pris individuellement, chaque soignant exécutera le même nombre d'heures, aura le même nombre de congés, repos hebdomadaire et récupération du temps de travail (RTT).

Les soignants savent-ils quelles difficultés se présentent pour le cadre de rentrer dans la sphère privée d'un agent afin de combler un simple absentéisme ?

Gérer un planning est quelque chose de socialement compliqué pour un cadre. Il comprend les attentes et le besoin de vie privée des agents, mais il doit aussi effectuer la mission qui lui est imposée par sa hiérarchie et respecter ses propres valeurs pour s'épanouir lui aussi.

Les soignants ont souvent tendance à ne pas voir ce côté, ils mettent une « limite » entre le cadre et eux, pourtant l'encadrement ne fait-il pas partie de l'équipe ?

Le planning, d'après ma propre expérience n'est qu'un jeu de don et contre don. Si l'équilibre entre les deux est trouvé alors il n'y a plus de « souffrance du planning » et nos valeurs professionnelles et personnelles ne se retrouvent pas en rivalité²².

Cependant, ce planning donne un bon aperçu des conditions de travail du service en affichant les absences, remplacements, modifications régulières et effectifs présents.

Or souvent, les soignants ne voient que le côté absolu et non pondéré, d'où cette préoccupation permanente du planning, seul frein et limite à leur épanouissement à l'extérieur par les jours de repos ainsi qu'au travail par son rythme et leur desideratum.

2.2.3.2 - Sur le plan psychosocial

Selon Lucie Lavoine et Dominique Méda les Français sont très attachés à l'utilité sociale que procure le travail, tout en voulant voir le temps qui y est consacré diminuer²³.

Si les attentes liées au travail déçoivent alors la relation au travail se détériore et les valeurs soignantes, notre rôle au sein de l'équipe, et certainement aussi notre estime de soi, risque d'être bousculés.

N'est-ce pas ce que j'ai ressenti dans mes deux situations de soins ? Une impuissance relative entrant en conflit avec mes valeurs !

²¹ Bourgeon, Dominique. 2013. *Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir*. Éditions Lamarre.

²² Annexe V

²³ Lucie Lavoine, Dominique Méda. 2008. *Place et sens du travail en Europe : Une singularité française ?* Paris: Centre d'étude de l'emploi.

C'est le mécanisme de défense de la « technicité » que j'ai utilisé pour moins souffrir lors de mes soins à l'UCSA, se concentrer sur le soin technique en omettant volontairement le côté psychosocial afin de ne pas détecter une situation de soin où je serais impuissant vu le contexte organisationnel.

Pour ma part, la représentation du travail par le planning, et donc de l'organisation, est différente chez les soignants qui auront perdu les valeurs essentielles à leur profession. S'il n'y a plus d'épanouissement en milieu professionnel, cela entraînera un « stress du planning ». Comment le soignant va-t-il gérer ses rendez-vous, ses temps libres, à quel moment peut-il être rappelé sur ses repos, ne fait-il pas trop d'heures ?

Il va mettre sa vie privée en avant, la phrase courante « je travaille pour vivre, je ne vis pas pour travailler » sera son guide. La seule chose qu'il attendra de son planning est les jours de repos qu'il négociera régulièrement avec son encadrement ou ses collègues. Il vérifiera sûrement les plannings de ses collègues afin de les comparer au sien et cherchera l'injustice qui lui permettra de prendre le dessus lors d'une future négociation. Il cherchera l'épanouissement ailleurs, c'est-à-dire en famille ou chez les amis.

L'épanouissement dans les soins est lui aussi très important pour un infirmier. Chaque geste, chaque relation qui se crée, est une porte ouverte vers un jardin fleuri de remerciement, qu'il soit verbal ou non, exprimé ou non, le soignant en a besoin pour garder confiance en lui et en ses valeurs.

Ne pas s'épanouir voudrait dire qu'il ne croit plus en ce qu'il fait et que cela ne lui apporte plus rien, et peut être même qu'il a perdu une partie de son empathie envers les patients et sûrement aussi envers ses collègues.

L'épanouissement est aussi le moteur d'une singularité dans les soins, il permet d'adapter le soin au patient afin qu'il l'accepte et le vive au mieux, par conséquent si le patient est satisfait, le contre-don sera d'autant plus fort.

Mais le résultat des soins prodigués, s'il n'est pas positif ou encourageant, peut très vite annihiler l'épanouissement qu'il offrait et diminuer la propre estime que l'infirmier a de lui, il se demandera à quoi tout cela aura servi. C'est ce que j'ai ressenti lors de mon stage du 5^e semestre en oncopneumologie. Le cancer bronchique n'est pas celui que l'on guérit le mieux de nos jours et essayer de remonter le moral d'un patient en sachant qu'il ne sortira pas de ce service sur ses deux jambes était très difficile pour mon ego, ma confiance en moi et en la médecine. C'est en cela que résume très bien la phrase de Dominique Bourgeon ci-dessous.

« Le consensus soignant se nourrit d'idéaux moraux et éthiques qui donnent une supériorité à la finalité du soin »²⁴

²⁴ Bourgeon, Dominique. 2013. *Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir*. Éditions Lamarre.

2.2.4 - La juste distance

2.2.4.1 - Sur le plan psychosocial

Il n'y a pas de définitions à proprement parler de la juste distance. C'est un concept aussi abstrait que réel mettant en jeu la vie privée du patient ou du soignant et la vie professionnelle de ce dernier. C'est un lien, qui se noue entre ces deux acteurs, pour leur plus grand bonheur ou à leur détriment.

Ce lien n'est jamais figé, il évolue, s'amplifie, s'atténue et peut même s'inverser avec le temps.

La juste distance selon nos cours du semestre 3 et 5 est un processus identificatoire entre transfert et contre transfert impliquant soit un désir de réparation soit un désir de puissance.²⁵

C'est pour moi la « clef magique » des soins, la recette miracle qui m'a finalement permis de ne plus souffrir à la fin de mon stage au pénitencier. Mais c'est un exercice difficile où il faut réévaluer la « distance » à chaque rencontre avec autrui, parce que celle-ci est évolutive, instable et intriquée avec l'état psychologique des deux êtres qui se rencontrent à ce moment précis.

Le transfert en psychanalyse est une projection émotionnelle du patient sur le soignant, le contre-transfert désigne la réaction inconsciente que le soignant aura vis-à-vis de son patient et en réponse à ce transfert

C'est-à-dire que le soignant va y trouver son identité, sa posture professionnelle, en fonction de son vécu (engendrant le contre-transfert) et de ses « a priori » sur le patient (par rapport au transfert).

Pour que la relation soit harmonieuse entre un soignant et un patient, il faut qu'il y ait un partage émotionnel, j'insiste bien sur le mot « partage », il est nécessaire d'avoir un bon équilibre entre satisfaction personnelle et accompagnement du patient.

Il faut que le soignant puisse s'investir suffisamment dans la relation à l'autre pour l'aider sans pour autant en souffrir.

Ce concept n'est-il pas un peu trop subjectif pour le prendre en compte dans la relation de soins ?

En fait, c'est comme essayer de trouver l'équilibre en étant debout jambes écartées sur une planche posée elle-même sur une balle, un exercice que l'on acquiert qu'avec de l'entraînement. Mais indéniablement, on penche plus d'un côté que de l'autre.

Là, on essaye de se rattraper pour ne pas tomber, à condition que l'on s'en rende compte assez vite, afin de retrouver un équilibre et éviter de souffrir en tombant.

Finalement, le soignant garde son équilibre psychique, et physique en s'écoutant, c'est ce que l'on appelle **la double écoute**, cela lui permet de naviguer d'un côté à l'autre du point d'équilibre, rattrapant ses erreurs, ses incompréhensions et sa posture professionnelle.

Cette stabilité est très fragile, chaque personne, patient, collègue ou encadrement peuvent la bousculer par leur simple présence, par de simples mots et par un simple

²⁵ Annexe VI

regard, exprimant un langage non verbal que le soignant interprétera en fonction de son état psychique du moment ou de ce que cette personne déclenchera en elle.

D'un côté de la bascule, nous avons la **mise à distance défensive** qui donnera un sentiment et un désir de puissance du soignant sur le patient par une **dépersonnalisation** de celui-ci (... le cancer du poumon de la chambre 9) ou une **infantilisation**.

À ce moment-là, les soins ne sont plus singuliers, ils sont protocolisés (**protocolisations**), c'est un mécanisme de défense qui permet au soignant de se « cacher » derrière le protocole afin de ne pas trop entrer en relation avec le patient. C'est sur le même principe qu'intervient la **rationalisation** qui est une façon de garder des distances en se réfugiant derrière son savoir, on soigne une pathologie, plus qu'un patient.

Le soignant peut tout aussi bien fuir le patient (**la fuite**) en évitant de répondre à la sonnette, en déléguant les tâches ou alors il va au contraire se noyer dans une multitude de tâches (**l'activisme**) afin de ne plus se laisser le temps de ressentir des émotions qu'il jugerait comme intolérables pour lui.

De l'autre côté, nous avons le **surinvestissement** et **l'implication sans distance** qui implique une **identification projective**. À savoir que la mise à distance défensive possède aussi une identification projective, mais elle sera négative, dite sadomasochiste contrairement à celle-ci qui est dite positive, **l'idéalisation**.

Le soignant idéalise le patient en réponse au transfert que lui envoie le patient et s'identifiant à lui dans son vécu, ses émotions, il va, par voie de conséquence, ressentir la **culpabilité** de son impuissance envers le patient, puisque lui-même ressent les mêmes souffrances et qu'il ne sait comment les gérer.

Cette culpabilité entraînera un **besoin de réparation** catalysant un échange de **don et contre-don** là encore.

Mais comme évoqué précédemment, le don et le contre don se doit d'être épanoui, en équilibre sinon le soignant ou le patient risque de voir apparaître un besoin de **reconnaissance** qui le fera souffrir dans cette relation en remettant en question son estime de soi.

Alors, quelle posture adopter ? Perméabilité ou clivage de nos émotions ?

Le clivage est une protection, un système de défense psychique, on ne parle pas du travail à la maison et vice-versa. On sépare notre vie en deux parties, on la cloisonne, d'un côté la vie privée, de l'autre la vie professionnelle. Mais est-ce si simple ? Est-ce vraiment possible ?

Certaines personnes utiliseront l'activisme en dehors du travail pour évacuer le stress et l'émotionnel du « Care », pour éviter d'y penser ou de devoir l'accepter.

D'autre, au contraire, arriveront à se « déconnecter » complètement du stress professionnel et utiliseront plutôt le mécanisme de défense du clivage.

Rien n'est plus singulier que nos mécanismes de défense et notre façon de nous protéger pour souffrir le moins possible.

Il n'y a pas de posture idéale, chacun doit trouver son identité propre qui lui permettra de mieux connaître ses points forts et ses points faibles, à condition de les accepter, sans quoi il faudra continuer à chercher son équilibre.

Finalement, le temps de travail influence-t-il la vie personnelle, ou est-ce l'inverse ?

Le philosophe belge Jean Ladrière nous explique que « ... *l'expérience éthique dans le soin ne consiste pas seulement à se questionner sur le comment faire pour bien faire, mais plus largement, elle consiste à ne pas se dérober à la question plus profonde du sens de mon action aujourd'hui avec le patient, mais également à la question du sens de ma subjectivité dans l'acte de soin* »²⁶

Comme je l'ai déjà énoncé, la double écoute est un puissant et fidèle levier à notre propre éthique qui permet de garder une juste distance afin de se recentrer sur notre priorité qu'est la qualité du soin. Il permet de ressentir le « maintenant », à ce moment précis, qu'est-ce que cette personne provoque en moi, et pourquoi ?

Elle nous permet d'identifier ce sur quoi on a légitimement prise et ce qui nous échappe, de réfléchir à la façon dont nous pouvons nous « limiter » afin de déléguer plus facilement.

La double écoute nous donne l'audace de départager la part émotionnelle, psychique et morale par une approche rationnelle, en prenant de la hauteur tout en gardant une pratique réflexive.

D'ailleurs, Marie de Hennezel, psychologue, psychothérapeute et écrivaine française dans son livre « Le souci de l'autre » le formule très bien « ... *comment serait-il possible de rencontrer l'autre en sa fragilité si je n'étais pas en même temps conscient d'une fragilité tout aussi constitutive qui me traverse quand je prends soin de lui ?* »²⁷

Il faut pouvoir percevoir la réalité extérieure à notre être pour établir une distance dans les soins au bout de laquelle l'infirmier pourra rester autonome et occuper cette sphère en toute harmonie entre objectivité et subjectivité.

L'objectif pour tous les soignants est de devenir un acteur efficace de ses soins et de sa relation avec autrui afin de ne pas « subir » le monde du travail tel qu'il se le représente.

Le soin se doit d'être « pensé » dans une pratique introspective et non simplement « exécuté » dans les 3 dimensions qui sont les dimensions techniques, relationnelles et organisationnelles.

Par rapport à ma question de départ, je considère réellement que la réponse est : **Le non-respect de la juste distance**, parce qu'il faut apprendre à se connaître de façon objective et non se contenter de ce que l'on pense être ou de ce que l'on voudrait être.

Finalement y a-t-il un moyen de savoir si l'on est dans la juste distance ?

Je pense qu'il faut se poser la question du détachement et des répercussions que cela aura sur soi.

Ou au contraire, se demander ce que ce patient nous renvoie pour que nous le « fuyions » ainsi.

²⁶ J., Ladrière. 1977. *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*. Paris: Collection Analyse et raison, Aubrier.

²⁷ M., DE HENNEZEL. 2004, p.223. *Le souci de l'autre*. Paris: Robert Laffont.

2.3 - Le Désengagement et l'épuisement professionnel

Définition de « Burn-out ou épuisement professionnel » d'après les docteurs Bedard D, Duquette A. dans « L'épuisement professionnel, un concept à préciser » :

« L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens »²⁸

Définition de « Burn-out » d'après le site de la haute autorité de santé (HAS) dans « Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out » :

« ... épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel »²⁹

Selon Aline Mouranges, psychologue et Pierre Conouï, psychiatre et psychothérapeute, dans leur ouvrage « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du Burn-out aux réponses », l'épuisement professionnel concerne essentiellement les métiers en lien avec les soignants et les enseignants. Ils réussirent à recenser 2500 articles en 15 ans concernant tous les métiers du sanitaire et du social³⁰, c'est dire la prévalence et l'importance du sujet.

Ce syndrome, qui est la somme de plusieurs symptômes, apparaît « ... particulièrement dans les professions qui demandent d'avoir une flamme, une vocation, où la réussite de l'action dépend essentiellement de ses capacités relationnelles » d'après le professeur Philippe Corten, de l'université libre de Bruxelles³¹.

Précédemment nous avons vu que les valeurs soignantes et l'épanouissement peuvent mener à la souffrance si l'équilibre est menacé, mais le désengagement et l'épuisement professionnel sont la résultante « chronique » de ce déséquilibre.

J'aime comparer cela à une pathologie de la relation d'aide qui a principalement comme symptomatologie :

²⁸ Bedard D, Duquette A. 1988. «L'épuisement professionnel, un concept à préciser.» *L'infirmière du Québec*, sept-oct: p. 18-23.

²⁹ Haute Autorité de Santé. 2017. *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. 22 05. Accès le 04 12, 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout?portal=p_3058934.

³⁰ P. Canoui, A. Mauranges. 2001. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du Burn-Out aux réponses*. Paris: Éditions Masson.

³¹ Corten, Professeur Ph. 2004. *La souffrance des soignants : Burn-Out*. 9 décembre. Accès le octobre 3, 2019. http://homepages.ulb.ac.be/%7Ephcorten/Conferences_et_Congres/Conferences/2004_Jolimont/2-Souffrance_Burnout.ppt.

- **L'épuisement émotionnel** : Un sentiment d'être vidé, de présenter une fatigue « affective » au travail, une saturation vis-à-vis des émotions de l'autre, de ne ressentir aucun bénéfice après un repos, de pouvoir présenter des crises de larmes ou de colère, et enfin d'arriver à un refus d'engagement professionnel
- **Une perte d'empathie** : Le patient devient un organe ou une pathologie voire un numéro de chambre, un humour ironique est souvent mis en place entre collègues afin d'essayer de se protéger (mécanisme de défense)
- **Une perte d'estime de soi** : En raison d'une dévalorisation, une démotivation, et un sentiment accru de culpabilité ou d'inutilité.

Les psychanalystes utilisent souvent le terme de « syndrome du pélican » provenant d'un mythe d'origine égyptien.

Le pélican y est représenté comme un animal qui se perce la chair au niveau des flancs pour nourrir ses petits quand il n'a rien à donner à manger.

N'y a-t-il pas une comparaison à faire avec un soignant qui se « saigne » pour autrui, mettant la vie des autres à un niveau transcendant à la sienne ?

Les conséquences à venir pour le soignant victime de l'épuisement professionnel seront une diminution du partage émotionnel ou matériel, un retrait social et une grande ambivalence entre « se vider » pour « donner ». On y retrouve à nouveau le concept de don et contre don.

Selon Sénèque, « *c'est au moment du don que la perte a eu lieu* »³²

Donner sans recevoir c'est un don sans contre don, une perte de sa propre reconnaissance, une singularité amenant à une détresse identitaire.

Si les soins amènent à la guérison d'un patient, le soignant gagnera en contre don, mais s'il y a aggravation de l'état du patient ou décès, y a-t-il pour autant absence de contre don ?

2.3.1 - Le malaise infirmier

Dans leur livre, « Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique », Armelle de Bouvet, enseignant chercheur et Monique Sauvaige, directrice adjointe du centre d'éthique médical de l'Université catholique de Lille ont mis en avant six photographies du malaise infirmier³³

Pour l'avoir vécu, je trouve que cela correspond très bien à ma vision du mal-être infirmier, je vais donc exposer ces six calques.

³² Sénèque. 1995-1996. *Les bienfaits. L'homme de bien. Savoir donner*. Éditions Arléa.

³³ A. de bouvet, M. Sauvaige. 2005. *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique*. Bruxelles: Editions De Boeck.

2.3.1.1 - L'identité professionnelle et l'idéal éthique infirmier

Cela concerne la mise en pratique des différentes dimensions de son rôle professionnel, dont l'écoute active et l'adaptation aux besoins des patients. L'infirmier doit rester dans son rôle propre alors qu'il a un rôle prescrit qui est tout aussi important et où il doit être plus qu'un simple exécutant. Il a une obligation de contrôle des prescriptions sans en avoir de liberté d'action ce qui engendre un sentiment d'impuissance.

L'infirmier ne se reconnaît pas entre la réalité du terrain et ce que sa formation lui a inculqué.

Il existe aussi une non-reconnaissance de la difficulté des soins relationnels par les médecins, les familles et même leurs propres collègues, dont les cadres, ce qui amène à une insatisfaction des soins prodigués aux patients

2.3.1.2 - La relation avec le patient

Le manque de temps crée une perception de travail bâclé où le patient se retrouve au rang d'objet de soins, limitant d'autant plus la prise en charge globale qui devient alors impossible. L'infirmier est toujours dérangé par les patients, les familles, quelques fois même les collègues, ce qui entraîne une impression de limitation de ses propres compétences, que l'on n'y arrive jamais sans laisser de côté certains principes ou certaines valeurs histoire de gagner quelques minutes.

La diminution du temps moyen de séjour peut frustrer l'infirmier qui devra faire le maximum pendant le temps qui lui est imparti. Même si certains patients posent leurs propres limites, d'autres en demandent de trop, finalement le soignant aura l'impression d'un travail inachevé.

En formation d'infirmier, on nous apprend à respecter la dignité et l'autonomie des patients. Virginia Henderson, infirmière et chercheuse, a créé les « 14 besoins fondamentaux » que tout soignant connaît afin de prendre un patient en charge dans sa globalité, ce qui va à l'encontre de la tarification à l'acte (T2A) où le patient n'est qu'une suite d'actes de soins, c'est un concept que le soignant ne peut pas valider.

2.3.1.3 - Les relations avec l'équipe et les médecins

L'entente entre les professionnels donne le rythme à une ambiance de travail agréable et solidaire amenant à des motivations collectives pour peu que chacun ait des valeurs communes.

Or chaque infirmier a ses propres valeurs qui en font un idéal différent de ses collègues diminuant par la même occasion la cohésion et l'entraide.

Les infirmiers ressentent souvent un manque de confiance de la part des médecins et les patients sont quelques fois mieux au courant de leur future prise en charge que les infirmiers eux-mêmes. Leur avis est rarement pris en compte dans les réunions alors qu'ils connaissent mieux le patient que les médecins.

On peut se demander si les médecins ne rentrent pas dans un jeu de pouvoir par la rétention d'information, maintenant ainsi leur statut divin auprès des patients, surtout de la part des internes tel que je l'ai souvent remarqué lors de mes stages.

Les infirmiers cherchent sans cesse un compromis, entre les revendications qu'ils expriment envers les médecins ainsi que plus de reconnaissance et le problème de fond qui est de ne pas répercuter ce malaise envers le patient. Ils ont bien compris que la qualité de vie en équipe invite au bien-être des relations avec le patient.

2.3.1.4 - Les structures

La qualité des soins, tel est le créneau de l'administration hospitalière qui reste toujours un paradoxe par rapport à la réalité du terrain. Le manque de moyens humains et matériels, qu'il soit non adapté, manquant ou en dysfonctionnement est en réelle contradiction avec cette qualité attendue, mais aussi avec leur propre politique de rentabilité, les patients étant dorénavant considérés comme des clients ils devraient pouvoir bénéficier du meilleur, pour fidéliser et maintenir une certaine réputation. Les infirmiers exercent continuellement dans cette contrainte, il est alors surprenant de constater que lorsqu'un soignant souhaite changer de service ou de profession apparaît alors une incompréhension de l'administration hospitalière.

2.3.1.5 - Les changements

Les modifications organisationnelles et institutionnelles incessantes ne permettent pas de mettre en valeur le rôle propre infirmier, la collaboration interdisciplinaire en devient complexe, tout le monde se sent débordé.

La traçabilité qui est très chronophage, l'exigence des patients et familles due à l'information sur leurs droits ou la prise en charge, la pression sociale, familiale, juridique éloigne l'infirmier du patient.

De plus, la modernisation technique évolue rapidement, mais la formation continue se classe au rabais par manque de formateur ou de disponibilité au niveau des services.

2.3.1.6 - Le temps

Le rythme demandé aux soignants est différent du rythme des familles et des patients imposant le respect de l'autonomie, l'écoute, l'éducation et le soutien psychologique. L'intensification de la profession incite à pratiquer des actes réflexes, sans réfléchir avant d'agir pour compenser le manque de moyens. Les glissements de tâche en sont souvent la conséquence inévitable, même si cela permet aussi d'améliorer son estime de soi, les risques eux sont bien réels.

Sommes-nous encore dans l'écoute ou simplement dans l'entente du patient ?

C'est, d'après mon expérience, l'argument principal, le leitmotiv, dans l'expression des plaintes des patients envers les soignants.

2.3.2 - Analyse du malaise infirmier

Si je résume ces 6 photographies du malaise infirmier, je constate qu'il y a en fait deux situations principales générant de la souffrance chez l'infirmier, les situations de soin et la privation de certaines capacités à soigner.

2.3.2.1 - La situation de soin

Au XXI^e siècle, l'image sociale est celle d'une science toute puissante générant un déni plus prononcé à accepter la mort, d'autant plus qu'il n'y a pas vraiment de formation pour les soignants sur ce thème encore tabou. La société fait porter le poids

de l'échec sur les infirmiers et les médecins et pas sur tout un système de soin qu'ils ne connaissent pas en général.

Un sentiment de responsabilité amplifié, de devoir être parfait, sans erreurs, né alors des représentations et des valeurs sociales.

Les infirmiers ont peur de la souffrance et de la douleur du patient, mais aussi de la leur, du rejet du corps de l'autre souvent malmené par la maladie, de l'impuissance face au processus d'identification et de la mort elle-même qu'ils ne savent pas justifier et qui reste un échec à leurs yeux.

Les situations de soins sont de plus en plus complexes et intenses, la médecine moderne détectant de plus en plus de pathologies.

La dégradation d'un patient nous rappelle notre propre finitude, notre potentielle destinée face à la maladie.

Cette accumulation de malaises et l'impossibilité d'en parler peuvent à ce moment-là être le virage qui orientera le soignant vers un épuisement professionnel. Ces situations de soins entraînent un excès d'intensité et d'énergie à fournir au point d'en oublier ses propres besoins fondamentaux.

2.3.2.2 - La privation dans la capacité de soigner

L'incohérence de valeurs entre une prescription et un besoin repéré par l'infirmier chez un patient amène souvent au désaccord thérapeutique.

L'infirmier connaît bien ses patients, alors pourquoi est-il si difficile de l'intégrer dans une prise en charge thérapeutique, utiliser les compétences médicales et paramédicales pour créer un tout, un ensemble de données objectives et subjectives pour arriver au summum d'une prise en charge de qualité.

Tout comme le manque de thérapeutique dans la prise en charge de la douleur, qui est non seulement une directive nationale, mais aussi une valeur forte et une peur des soignants. Amplifié par le sentiment de ne pas être écouté par ses pairs, l'infirmier se sent impuissant, limité par son rôle propre et prescrit avec peu de marge de manœuvre quant à la prise en charge des patients.

2.4 - Hypothèse

Les valeurs sont les fondations de notre identité, sans elles, ce que nous sommes s'effondre, l'épanouissement qui les accompagne s'estompe et notre estime de soi s'écroule.

Il est à mon sens très probable que la seule solution est de garder la « **juste distance** » par une double écoute afin de ne pas mettre en compétition nos valeurs avec un désir de réparation ou de puissance, que ce soit d'un point de vue organisationnel ou psychosocial.

2.5 - Conclusion

Les soins infirmiers se basent sur deux modèles qui sont le médico-technique et l'holisme, qui sont constamment en concurrence l'un pour l'autre.

La perte de temps estimée des soins relationnels du point de vue du modèle médico-technique et l'épanouissement des patients et des soignants sur le plan de l'humanisme causent tous les deux un écartèlement des infirmiers formés à prendre en compte les deux aspects en même temps dans une programmation des soins quotidienne.

En effet, la principale valeur de l'infirmier étant la prise en charge globale du patient, celle-ci est tout simplement inconciliable avec les impératifs techniques et administratifs qui leur sont imposés par le système de santé actuel.

Le risque de « fuite », ce mécanisme de défense amplifiant la souffrance par l'isolement et le mensonge à soi-même, engendre inévitablement un désengagement professionnel qui à long terme mettra l'infirmier en péril en provoquant un épuisement professionnel, pour peu que le professionnel ne soit pas en mesure d'évacuer son malaise auprès de ses collègues, de son encadrement, ou qu'il ne soit pas en mesure de changer de service ou de spécialité. Ce phénomène est d'autant plus rapide si le planning devient une contrainte forte ne lui permettant pas de récupérer physiquement et psychologiquement et de s'épanouir en dehors de son lieu de travail.

Les soignants ont droit à la souffrance émotionnelle personnelle, les infirmiers ne sont pas que de simple exécutant, ils œuvrent dans une pratique réflexive, il est par conséquent très important que les patients, familles, médecins et cadres leur reconnaissent ce droit à détenir leur propre limite, et aussi celui de pouvoir « passer la main ». À la condition que l'infirmier apprend à se connaître lui-même.

Le bien-être des infirmiers selon Alain de Bouvet et Monique Sauvaige se résume aux 3 P : « *Percevoir, Penser, Parler* » ces trois mots font partie intégrante de la double écoute et permettent de mettre des mots sur des maux afin de ne pas accumuler, et limiter l'épuisement professionnel.³⁴

Pour ma part je trouve que le métier d'infirmier est exceptionnellement riche, à condition que mes propres valeurs puissent être respectées, mais il peut aussi être une source de souffrance chronique me consumant de l'intérieur lorsqu'il me démunie de ma vie personnelle et familiale par un désir de réparation inadapté. C'est pour cela que je souhaiterais exercer dans un service de court séjour à la sortie de ma formation.

³⁴ A. de bouvet, M. Sauvaige. 2005. *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique*. Bruxelles: Editions De Boeck.

3 - Bibliographie

- A. de bouvet, M. Sauvaige. 2005. *Penser autrement la pratique infirmière, pour une créativité éthique*. Bruxelles : Éditions De Boeck.
- Baudelot C., Gollac M. 2009. « Le travail, source de satisfaction ou de souffrance ? » *Problèmes politiques et sociaux*, n° 965. *Stress et risques psychosociaux au travail*.
- Bedard D, Duquette A. 1988. « L'épuisement professionnel, un concept à préciser. » *L'infirmière du Québec*, sept-oct : p. 18-23.
- Bourgeon, Dominique. 2013. *Le planning à l'hôpital : entre réglementation du travail et jeux de pouvoir*. Éditions Lamarre.
- Broca, Alain de. 2016. *Soigner aux rythmes du patient*. Seli Arslan.
- Corten, Professeur Ph. 2004. *La souffrance des soignants : Burn-Out*. 9 décembre. Accès le octobre 3, 2019. http://homepages.ulb.ac.be/%7Ephcorten/Conferences_et_Congres/Conferences/2004_Jolimont/2-Souffrance_Burnout.ppt.
- Crozier, Friedberg. s.d. *L'acteur et le système*. Paris : Le seuil.
- D.F., Chambliss. 1996, p.93. *Beyond Caring-Hospitals, Nurses and the social organization of ethics*. Edition Chicago.
- Estryn-Behar M., Negri J.-F., Le Nezet O. 2007. *Abandon prématuré de la profession d'infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail*. *Droit, déontologie et soins* n°7 p.308.
- Haute Autorité de Santé. 2017. *Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout*. 22 05. Accès le 04 12, 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout?portal=p_3058934.
- J., Ladriere. 1977. *Les enjeux de la rationalité. Le défi de la science et de la technologie aux cultures*. Paris : Collection Analyse et raison, Aubrier.
- J., Lambert. 2009. *Management intergénérationnel*. Éditions Lamarre.
- J., Watson. 1998, p.23. *Le caring*. Paris : Edition Seli Arslan.
- Lucie Lavoine, Dominique Méda. 2008. *Place et sens du travail en Europe : Une singularité française ?* Paris : Centre d'étude de l'emploi.

- M., DE HENNEZEL. 2004, p.223. *Le souci de l'autre*. Paris : Robert Laffont.
- M., Loriol. 2001. « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière. »
Travail et santé, Prévenir n°40, p. 20.
- Mauss, Marcel. 1950. *L'essai sur le don*. 1922. PUF 7e édition.
- P. Canoui, A. Mauranges. 2001. *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du Burn-Out aux réponses*. Paris : Éditions Masson.
- Paul Bouffartigue, Jacques Bouteiller. 2003. « Jongleuses en blouse blanche : la mobilisation des compétences temporelles chez les infirmières hospitalières. »
HAL archives ouvertes. 27-28 novembre. Accès le septembre 22, 2019.
<https://hal.archives-ouvertes.fr>.
- R., Holcman. 2007. *La fin de l'hôpital public ?* Éditions Lamarre.
- Sénèque. 1995-1996. *Les bienfaits. L'homme de bien. Savoir donner*. Éditions Arléa.
- . 2002. *Lettres à Lucilius*. Paris : Mille et une nuits.
- W., Hesbeen. 1997, P.8. *Prendre soin à l'hôpital - Incrire le soin dans une perspective soignante*. Paris : Edition Interéditions Masson.
- Y., Clot. 2010. « Le travail à cœur : Pour en finir avec les risques psychosociaux. »
Paris : La découverte.

4 - ANNEXES

Annexe I

Guide d'entretien exploratoire

- Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à **l'épanouissement** des soignants dans leur milieu professionnel ?

- Que signifie pour vous : **qualité des soins** ?

- Pensez-vous que votre vie personnelle influence la **qualité des soins** (et vice-versa) ? Pourquoi ?

- Quels liens pourriez-vous exprimer entre la **qualité des soins** et **l'épanouissement** professionnel ? Pourquoi ?
 - Faut-il selon vous être **épanoui** au travail pour fournir des **soins de qualité** ? Pourquoi ?

- Quelles sont les **valeurs** que vous défendez dans votre profession ?

- Est-ce important pour vous la **reconnaissance** au travail ? Pourquoi ?

Pensez-vous être suffisamment **reconnu** dans votre travail ? Argumentez votre réponse.

- Pensez-vous être suffisamment **écouté et soutenu** devant la charge et les conditions de travail ? Pourquoi ?

- Avez-vous déjà eu envie de **quitter** le service ou de **changer** de profession ? Pour quelles raisons ?

- Comment voyez-vous votre avenir et celui de la profession d'infirmier ?

Annexe II

Exploitation des entretiens exploratoires

Questions	IDE 1	IDE 2	IDE 3
Selon vous, qu'est-ce qui pourrait contribuer à l' épanouissement des soignants dans leur milieu professionnel ?	L'organisation Le travail d'équipe La communication La solidarité Le respect des valeurs	Le métier lui-même Le contact des patients (surtout en oncologie) La création de liens et le suivi des patients dans toutes les dimensions du soin Le rôle rassurant de l'IDE Le contre-don très fort	L'équipe La bonne entente La collaboration Le cadre Les médecins L'implication de chacun et le plaisir qui en retourne Les formations sur la spécialité Présence de psychologue Les RPP
Que signifie pour vous : qualité des soins ?	Respect des protocoles Prise en charge globale du patient et de la famille Prendre le temps nécessaire Avoir les moyens techniques Expliquer au patient le soin L'efficacité Le résultat	Hygiène Sécurité Écoute Respect des protocoles Confort du patient	Respect des valeurs soignantes Bientraitance Absence de discrimination Confiance avec le patient Matériel à disposition Connaissances à jour Avoir le temps de bien faire les soins Le relationnel Le respect des protocoles

Pensez-vous que votre vie personnelle influence la qualité des soins (et vice-versa) ? Pourquoi ?	OUI Nous sommes des êtres humains, impossible de cloisonner les émotions Les situations de soins sont plus difficiles Les fins de vie demandent plus d'attention	OUI À cause du contre-transfert Il faut savoir refuser une prise en charge Il faut un maximum de collaboration Il faut mettre des barrières en place surtout en oncologie	OUI Émotions peuvent influencer la qualité des soins, le travail rentre aussi à la maison
Quels liens pourriez-vous exprimer entre la qualité des soins et l' épanouissement professionnel ? Pourquoi ?	Les soins effectués selon le protocole donnent une satisfaction de ses actes	Qualité = patient épanoui = patient calme, ce qui permet à l'IDE de s'occuper des autres patients Cela donne une tranquillité d'esprit Le COVID engendre des préoccupations qui diminuent la disponibilité mentale	La satisfaction de son travail est en lien avec le respect des valeurs Pas besoin d'être épanoui au travail pour une qualité des soins, mais cela aura un effet sur le relationnel et la vitesse du soin
Quelles sont les valeurs que vous défendez dans votre profession ?	Empathie Bienveillance Bientraitance Éthique	Relationnelle Humaine Écoute Prendre soin Confort Hygiène Sécurité	Respect Bientraitance Humanitude Prendre le temps Écoute active Rigueur Conscience professionnelle Tolérance
Est-ce important pour vous la reconnaissance au travail ? Pourquoi ?	OUI C'est la preuve d'un travail bien fait Pour l'épanouissement	OUI De la part de la hiérarchie, mais encore plus de la part des patients (pendant les vacances, il y a un manque) Cela donne de l'envie et du courage, donne un sens au métier	OUI , mais c'est utopique On pointe souvent le mauvais, rarement le bon Pas d'attente particulière Le soutien de l'encadrement est bénéfique

<p>Pensez-vous être suffisamment reconnu dans votre travail ? Argumentez votre réponse.</p>	<p>OUI Les médecins et le cadre font remonter les problèmes pour améliorer les soins On me demande souvent des conseils J'encadre les étudiants Je suis référent dans plusieurs domaines Par le remerciement des patients</p> <p>NON On augmente la charge de travail et on restreint le budget alloué.</p>	<p>NON Suppression des lits et des soignants Manque de temps Suppression des consultations d'annonce Manque de reconnaissance du travail IDE par les médecins Relationnel non comptabilisé dans le temps des soins</p>	<p>OUI Grâce au COVID Mais elle s'est faite à l'idée de ne pas recevoir plus sinon il y a frustration Tant que ses propres valeurs sont respectées Plus de personnel serait l'idéal</p> <p>NON Pas assez de temps pour soigner Les transmissions se font par livre interposé Manque de personnel La direction bloque et ne sait pas comment mesurer la charge de travail</p>
<p>Avez-vous déjà eu envie de quitter le service ou de changer de profession ? Pour quelles raisons ?</p>	<p>OUI Dégradation des conditions de travail par manque de personnel À force de devoir pallier aux collègues (toutes professions) non consciencieux, cela augmente ma charge de travail Les situations éthiques compliquées La charge de travail de base rend impossible le temps pour soi</p>	<p>OUI Quitter le service, plus ou moins, pour aller à l'ICANS, rester dans l'oncologie Changer en fonction des journées difficiles (misère, souffrance, maladie et mort) Envie de plus de joie, de plus de reconnaissance du patient</p>	<p>OUI Il a été envisagé de quitter le service à cause des dysfonctionnements, mais ce n'est pas mieux ailleurs L'équipe est bonne et ses valeurs sont conservées Ne souhaite pas rester plus de 3 ans pour voir autre chose</p>
<p>Comment voyez-vous votre avenir et celui de la profession d'infirmier ?</p>	<p>Elle quitte son service en octobre (école d'IADE)</p> <p>La profession va mal à cause des conditions de travail dans tous les domaines, la baisse d'effectifs, le manque de moyen matériel engendre une mauvaise qualité des soins.</p>	<p>Faire un DU ou un Master en pratique avancée en oncologie</p> <p>La profession risque de voir disparaître les AS donc augmentation de la charge de travail</p>	<p>Elle aimerait se spécialiser ou aller en libéral</p> <p>La profession risque de voir très nettement diminuer le nombre d'IDE disponibles, ce métier n'attire plus personne.</p>

Annexe III

Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'... tatutaires relatives à la fonction publique hospitalière | Legifrance
18/04/2020 18 h 11



Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : MESH0124422D Version consolidée au 18 avril 2020

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales, modifiée par l'article 31 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;

Vu la directive n° 93/104/CE du Conseil de l'Union européenne du 23 novembre 1993 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 27 novembre 2001 ; Le Conseil d'État (section sociale) entendu,

TITRE Ier : DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Article 1

Modifié par Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 — art. 2 JORF 12 mai 2007

La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.

Cette durée est réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques dans les conditions prévues aux articles 2 à 4 ci-après.

Article 2

Sont soumis à des sujétions spécifiques :

1 ° Les agents en repos variable ;

2 ° Les agents travaillant exclusivement de nuit ;

3 ° Les agents en servitude d'internat.

Sont des agents en repos variable les agents qui travaillent au moins 10 dimanches ou jours fériés pendant l'année civile.

Sont des agents travaillant exclusivement de nuit les agents qui effectuent au moins 90 % de leur temps de travail annuel en travail de nuit tel que défini à l'article 7 ci-après.

Sont des agents en servitude d'internat les agents qui exercent leurs fonctions dans les

établissements énumérés aux 4 °, 5 ° et 6 ° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, fonctionnant en internat toute l'année, sont appelés à participer de façon régulière aux servitudes nocturnes d'internat auprès des personnes accueillies, et y effectuent au moins 10 surveillances nocturnes par trimestre.

Article 3

Modifié par Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 — art. 2 JORF 12 mai 2007

La durée annuelle de travail effectif mentionnée au deuxième alinéa de l'article 1er du présent décret est réduite pour les agents soumis aux sujétions spécifiques dans les conditions ci-après :

1 ° Pour les agents en repos variable, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires.

2 ° Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 560 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé. A compter du 1er janvier 2004, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures, hors jours de congés supplémentaires tels que définis à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé.

3 ° Les agents en servitude d'internat bénéficient de 5 jours ouvrés consécutifs de repos compensateurs supplémentaires pour chaque trimestre, à l'exception du trimestre comprenant la période d'été. Ces jours sont exclusifs de toute compensation des jours fériés coïncidant avec ces repos compensateurs. Ils ne sont pas attribués lorsque l'agent en servitude d'internat est en congé ou en absence autorisée ou justifiée plus de 3 semaines au cours du trimestre civil à l'exception des périodes de formation en cours d'emploi.

Article 4

Les agents travaillant exclusivement de nuit ne peuvent prétendre aux réductions de la durée annuelle de travail effectif prévues pour les deux autres sujétions.

Pour les agents qui alternent des horaires de jour et des horaires de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite au prorata des périodes de travail de nuit effectuées.

Article 5

La durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles. Lorsque l'agent a l'obligation d'être joint à tout moment, par tout moyen approprié, pendant le temps de restauration et le temps de pause, afin d'intervenir immédiatement pour assurer son service, les critères de définition du temps de travail effectif sont réunis.

Lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire par le chef d'établissement après avis du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le temps d'habillage et de déshabillage est considéré comme temps de travail effectif.

Article 6

L'organisation du travail doit respecter les garanties ci-après définies.

La durée hebdomadaire de travail effectif, heures supplémentaires comprises, ne peut excéder 48 heures au cours d'une période de 7 jours.

Les agents bénéficient d'un repos quotidien de 12 heures consécutives minimum et d'un repos hebdomadaire de 36 heures consécutives minimum.

Le nombre de jours de repos est fixé à 4 jours pour 2 semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs, dont un dimanche.

Article 7

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

Les règles applicables à la durée quotidienne de travail, continue ou discontinue, sont les suivantes :

1 ° En cas de travail continu, la durée quotidienne de travail ne peut excéder 9 heures pour les équipes de jour, 10 heures pour les équipes de nuit. Toutefois lorsque les

contraintes de continuité du service public l'exigent en permanence, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement, ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne du travail fixée pour les agents en travail continu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

2 ° Le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 21 heures et 6 heures, ou toute autre période de 9 heures consécutives entre 21 heures et 7 heures, sans préjudice de la protection appropriée prévue à l'article 3 et des mesures prises au titre de l'article 9. Pour les agents soumis à un régime d'équivalence ainsi que pour les agents travaillant exclusivement de nuit selon les dispositions de l'article 2, le temps de travail est décompté heure pour heure.

3 ° Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à 10 h 30. Cette durée ne peut être fractionnée en plus de deux vacations d'une durée minimum de 3 heures.

4 ° Une pause d'une durée de 20 minutes est accordée lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures consécutives. Pour les agents soumis à un régime d'équivalence, les heures sont décomptées heure pour heure.

Article 8

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

L'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés par le chef d'établissement, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique et compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins ou de la prise en charge des usagers, les dimanches, les jours fériés et la nuit.

Article 9

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

Le travail est organisé selon des périodes de référence dénommées cycles de travail définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Le cycle de travail est une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines ; le nombre d'heures de travail effectué au cours des semaines composant le cycle peut être irrégulier.

Il ne peut être accompli par un agent plus de 44 heures par semaine.

Les heures supplémentaires et repos compensateurs sont décomptés sur la durée totale du cycle. Les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail.

Article 10

Les agents bénéficient d'heures ou de jours supplémentaires de repos au titre de la réduction du temps de travail qui doivent ramener leur durée de travail moyenne à 35 heures hebdomadaires. Ces jours et ces heures peuvent être pris, le cas échéant, en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an.

Article 11

Le nombre de jours supplémentaires de repos prévus au titre de la réduction du temps de travail est calculé en proportion du travail effectif accompli dans le cycle de travail et avant prise en compte de ces jours. Il est, notamment, de :

18 jours ouvrés par an pour 38 heures hebdomadaires ;

12 jours ouvrés par an pour 37 heures hebdomadaires ;

6 jours ouvrés par an pour 36 heures hebdomadaires ;

3 jours ouvrés par an pour 35 h 30 hebdomadaires.

Pour un travail effectif compris entre 38 h 20 et 39 heures, le nombre de jours supplémentaires de repos est limité à 20 jours ouvrés par an. Il ne peut être effectué plus de 39 heures hebdomadaires en moyenne sur le cycle, hors heures supplémentaires, ni plus de 44 heures par semaine, hors heures supplémentaires, en cas de cycle irrégulier.

Article 12

Modifié par Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 — art. 2 JORF 12 mai 2007

Les personnels de direction bénéficient d'un décompte en jours fixé à 208 jours travaillés par an après déduction de 20 jours de réduction du temps de travail et hors jours de congés supplémentaires prévus à l'article 1er, cinquième et sixième alinéa, du décret du 4 janvier 2002 susvisé.

Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les personnels exerçant des fonctions d'encadrement définies par arrêté peuvent choisir annuellement entre un régime de décompte horaire et un régime de décompte en jours de leur durée de travail. Dans ce dernier cas, ils bénéficient de 20 jours de réduction du temps de travail.

Article 13

Dans chaque établissement, un tableau de service élaboré par le personnel d'encadrement et arrêté par le chef d'établissement précise les horaires de chaque agent pour chaque mois.

Le tableau de service doit être porté à la connaissance de chaque agent quinze jours au moins avant son application. Il doit pouvoir être consulté à tout moment par les agents. Toute modification dans la répartition des heures de travail donne lieu, 48 heures avant sa mise en vigueur, et sauf contrainte impérative de fonctionnement du service, à une rectification du tableau de service établi et à une information immédiate des agents concernés par cette modification.

Article 14

Tout agent soumis à un décompte horaire qui ne peut effectuer l'intégralité de son temps de travail quotidien en raison d'une absence autorisée ou justifiée est considéré avoir accompli le cinquième de ses obligations hebdomadaires de service prévues en moyenne sur la durée du cycle de travail.

L'agent en formation au titre du plan de formation et qui, de ce fait, ne peut être présent à son poste de travail accomplit un temps de travail effectif décompté pour la durée réellement effectuée.

Article 15

Modifié par Décret n° 2020-297 du 24 mars 2020 — art. 1

Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires en dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail dans la limite de 240 heures par an et par agent. Lorsque la durée du cycle de travail est inférieure ou égale à un mois, le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées par mois et par agent ne peut excéder 20 heures. Lorsque la durée du cycle de travail est supérieure à un mois, ce plafond est déterminé en divisant le nombre d'heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées dans l'année par 52 et en multipliant ce résultat par le nombre de semaines que compte la durée du cycle de travail.

Les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée peuvent être autorisés, par décision du directeur général de l'agence régionale de santé pour les établissements mentionnés aux 1 °, 2 °, 3 ° et 5 ° de l'article 2 de cette loi, ou du préfet du département pour les établissements mentionnés aux 4 ° et 6 ° du même article, à titre exceptionnel, notamment au regard des impératifs de continuité du service public ou de la situation sanitaire, à dépasser les bornes horaires fixées par le cycle de travail, pour une durée limitée et pour les personnels nécessaires à la prise en charge des usagers.

Sans préjudice du respect des garanties mentionnées à l'article 6, les heures supplémentaires effectuées dans le cadre des astreintes réalisées par les personnels participant aux activités de prélèvement et de transplantation d'organes ne sont pas prises en compte dans le calcul des plafonds mentionnés aux alinéas précédents.

Les heures supplémentaires font l'objet soit d'une compensation horaire donnant lieu à une récupération au moins d'égale durée, soit d'une indemnisation.

Les conditions de la compensation ou de l'indemnisation sont fixées par décret. Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Article 16

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

La possibilité de travailler selon un horaire variable peut être organisée, sous réserve des nécessités du service par le chef d'établissement après consultation des conseils de service et réunion d'expression directe et collective concernés, du comité technique d'établissement ou du comité technique et, lorsqu'il existe, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, dès lors qu'un décompte exact du temps de travail de chaque agent est mis en place.

L'horaire variable comporte des plages fixes pendant lesquelles la présence d'un effectif déterminé de personnel est obligatoire et des plages mobiles à l'intérieur desquelles l'agent choisit ses heures d'arrivée et de départ.

Article 17

Un compte épargne temps est institué. Chaque agent de la fonction publique hospitalière peut en bénéficier sur sa demande dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État.

Article 18

Modifié par Décret n° 2007-826 du 11 mai 2007 — art. 5 JORF 12 mai 2007

I. – Les agents mentionnés aux articles 2, premier alinéa, 9 et 37 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée occupant des emplois correspondant à ceux relevant du corps des infirmiers, du corps des aides-soignants et des corps socio — éducatifs de la fonction publique hospitalière, exerçant à temps plein sur des emplois à temps complet et assurant en chambre de veille au sein d'un des établissements mentionnés aux 4 ° à 6 ° de l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 la responsabilité d'une période de surveillance nocturne sont soumis à une durée équivalente à la durée légale du travail.

II. – La période de présence en chambre de veille s'étend de l'heure du coucher à l'heure du lever des personnes accueillies, telles qu'elles sont fixées par le tableau de service, sans pouvoir excéder douze heures.

III. – Pour le calcul de la durée légale du travail, chacune des périodes mentionnées au II est décomptée comme trois heures de travail effectif pour les neuf premières heures et comme une demi-heure pour chacune des heures au-delà de neuf heures. Toutefois lorsque des interventions se révèlent nécessaires, les temps correspondants sont décomptés intégralement comme des temps de travail effectif, sans que la durée prise en compte pour chaque intervention puisse être inférieure à une demi-heure.

IV. – Le recours au régime d'équivalence prévu au I et au III du présent article ne peut avoir pour effet de porter :

1 ° A plus de quarante-huit heures, décomptées heure pour heure, la durée hebdomadaire moyenne de travail des agents sur une période quelconque de quatre mois consécutifs ;

2 ° A plus de douze heures, décomptées heure pour heure, la durée du travail de nuit de ces agents, sur une période quelconque de vingt-quatre heures ; ces agents bénéficient de périodes de repos d'une durée au moins équivalente au nombre d'heures effectuées au-delà de la huitième heure.

Article 19

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

Les situations pour lesquelles des obligations liées au travail sont imposées aux agents, à l'occasion de séjours accompagnés organisés par les établissements, alternant des périodes de travail effectif, des périodes d'astreinte et des périodes de temps contraint, font l'objet d'une rémunération ou d'une compensation spécifique, dont les modalités sont fixées par arrêté pris par les ministres chargés de la santé et du budget.

Pour les agents qui effectuent régulièrement ou ponctuellement des transferts d'usagers ou de personnes accueillies entre établissements, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique, déroger à la durée quotidienne de travail.

Les agents qui participent à des activités de prises en charge d'usagers à leur domicile peuvent se voir appliquer des horaires de travail discontinu. Dans ces situations, le chef d'établissement peut, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique, déroger aux dispositions de l'article 7 (3 °) applicables au travail discontinu, sans que l'amplitude de la journée de travail ne puisse dépasser 12 heures.

TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX ASTREINTES.

Article 20

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

Une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service

de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif.

Le recours aux astreintes a pour objet, pour des corps, des grades ou des emplois dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes.

Les astreintes visent également à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement.

Le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels.

Les dispositions des articles 20 à 25 ne sont pas applicables aux astreintes auxquelles sont soumis, en raison de leurs fonctions, les personnels de direction ainsi que les cadres, désignés par le chef d'établissement, qui bénéficient soit d'une concession de logement pour nécessité absolue de service, soit d'une indemnité compensatrice définies par décret.

Article 21

Les astreintes sont organisées en faisant prioritairement appel à des agents volontaires. Toutefois, ce service ne peut être confié aux agents autorisés à accomplir un service à mi-temps pour raisons thérapeutiques ou aux agents exerçant un service à temps partiel selon les modalités prévues à l'article 46-1 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée.

Article 22

Un service d'astreinte peut être commun à plusieurs établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée. Dans ce cas, une convention, passée entre les différents établissements concernés, définit, dans le respect et les limites des dispositions du présent décret, les modalités d'organisation du service d'astreinte ainsi que celles relatives au remboursement entre les établissements de la compensation financière accordée aux agents.

Article 23

Modifié par Décret n° 2003-503 du 11 juin 2003 — art. 2 JORF 15 juin 2003

Un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois.

La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours. Cette limite est portée à 120 heures pour les services organisant les activités de prélèvement et de transplantation d'organes.

Article 24

Les agents assurant leur service d'astreinte doivent pouvoir être joints par tous les moyens appropriés, à la charge de l'établissement, pendant toute la durée de cette astreinte. Ils doivent pouvoir intervenir dans un délai qui ne peut être supérieur à celui qui leur est habituellement nécessaire pour se rendre sur le lieu d'intervention.

Article 25

Modifié par Décret n° 2011-184 du 15 février 2011 — art. 55 (V)

Le temps passé en astreinte donne lieu soit à compensation horaire, soit à indemnisation. Les conditions de compensation ou d'indemnisation des astreintes sont fixées par décret. Les modalités générales de recours à la compensation ou à l'indemnisation sont fixées par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 est particulièrement élevé dans un secteur d'activité, et pour certaines catégories de personnels, le taux d'indemnisation des astreintes peut être revalorisé, dans des limites fixées par décret, par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique.

Article 26

Le décret n° 82-870 du 6 octobre 1982 relatif à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 792 du code de la santé publique est abrogé.

Article 27

Les dispositions du présent décret prennent effet le 1er janvier 2002, à l'exception de celles prévues à la deuxième phrase du 2 ° de l'article 3.

Article 28

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'État, le ministre délégué à la santé et la secrétaire d'État au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Par le Premier ministre :

Lionel Jospin

La ministre de l'emploi et de la solidarité, Élisabeth Guigou

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,

Laurent Fabius

Le ministre de la fonction publique et de la réforme de l'État, Michel Sapin

Le ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner

La secrétaire d'État au budget, Florence Parly

Annexe IV

Code de la santé publique | Legifrance 18/04/2020 18 h 20



Chemin :

Code de la santé publique Partie réglementaire

Quatrième partie : Professions de santé

Livre III : Auxiliaires médicaux, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers et assistants dentaires

Titre Ier : Profession d’infirmier ou d’infirmière

Chapitre Ier : Règles liées à l’exercice de la profession

Section 1 : Actes professionnels.

Article R4311-1

L’exercice de la profession d’infirmier ou d’infirmière comporte l’analyse, l’organisation, la réalisation de soins infirmiers et leur évaluation, la contribution au recueil de données cliniques et épidémiologiques et la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d’éducation à la santé.

Dans l’ensemble de ces activités, les infirmiers et infirmières sont soumis au respect des règles professionnelles et notamment du secret professionnel.

Ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico- social et du secteur éducatif.

Article R4311-2

Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l’évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

- 1 ° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l’autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;
- 2 ° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l’effet de leurs prescriptions ;
- 3 ° De participer à l’évaluation du degré de dépendance des personnes ;
- 4 ° De contribuer à la mise en œuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l’application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l’initiative du ou des médecins prescripteurs ;
- 5 ° De participer à la prévention, à l’évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d’accompagner, en tant que de besoin, leur entourage.

Article R4311-3

Modifié par Décret n° 2008-877 du 29 août 2008 — art. 1

Relèvent du rôle propre de l’infirmier ou de l’infirmière les soins liés aux fonctions d’entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d’autonomie d’une personne ou d’un groupe de personnes. Dans ce cadre, l’infirmier ou l’infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu’il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l’équipe soignante,

des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers.

Article R4311-4

Lorsque les actes accomplis et les soins dispensés relevant de son rôle propre sont dispensés dans un établissement ou un service à domicile à caractère sanitaire, social ou médico-social, l'infirmier ou l'infirmière peut, sous sa responsabilité, les assurer avec la collaboration d'aides-soignants, d'auxiliaires de puériculture ou d'aides médico-psychologiques qu'il encadre et dans les limites de la qualification reconnue à ces derniers du fait de leur formation. Cette collaboration peut s'inscrire dans le cadre des protocoles de soins infirmiers mentionnés à l'article R. 4311-3.

Article R4311-5

Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :

- 1 ° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
- 2 ° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
- 3 ° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
- 4 ° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
- 5 ° Vérification de leur prise ;
- 6 ° Surveillance de leurs effets et éducation du patient ;
- 7 ° Administration de l'alimentation par sonde gastrique, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-7 et changement de sonde d'alimentation gastrique ;
- 8 ° Soins et surveillance de patients en assistance nutritive entérale ou parentérale ;
- 9 ° Surveillance de l'élimination intestinale et urinaire et changement de sondes vésicales ;
- 10 ° Soins et surveillance des patients sous dialyse rénale ou péritonéale ;
- 11 ° Soins et surveillance des patients placés en milieu stérile ;
- 12 ° Installation du patient dans une position en rapport avec sa pathologie ou son handicap ;
- 13 ° Préparation et surveillance du repos et du sommeil ;
- 14 ° Lever du patient et aide à la marche ne faisant pas appel aux techniques de rééducation ;
- 15 ° Aspirations des sécrétions d'un patient qu'il soit ou non intubé ou trachéotomisé ;
- 16 ° Ventilation manuelle instrumentale par masque ;
- 17 ° Utilisation d'un défibrillateur semi-automatique et surveillance de la personne placée sous cet appareil ;
- 18 ° Administration en aérosols de produits non médicamenteux ;
- 19 ° Recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance : température, pulsations, pression artérielle, rythme respiratoire, volume de la diurèse, poids, mensurations, réflexes pupillaires, réflexes de défense cutanée, observations des manifestations de l'état de conscience, évaluation de la douleur ;
- 20 ° Réalisation, surveillance et renouvellement des pansements non médicamenteux ;
- 21 ° Réalisation et surveillance des pansements et des bandages autres que ceux mentionnés à l'article R. 4311-7 ;
- 22 ° Prévention et soins d'escarres ;
- 23 ° Prévention non médicamenteuse des thromboses veineuses ;
- 24 ° Soins et surveillance d'ulcères cutanés chroniques ;
- 25 ° Toilette périnéale ;
- 26 ° Préparation du patient en vue d'une intervention, notamment soins cutanés préopératoires ;
- 27 ° Recherche des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention ;
- 28 ° Soins de bouche avec application de produits non médicamenteux ;
- 29 ° Irrigation de l'œil et instillation de collyres ;
- 30 ° Participation à la réalisation des tests à la sueur et recueil des sécrétions lacrymales ;
- 31 ° Surveillance de scarifications, injections et perfusions mentionnées aux articles R. 4311-7 et R. 4311-9 ;
- 32 ° Surveillance de patients ayant fait l'objet de ponction à visée diagnostique ou thérapeutique ;
- 33 ° Pose de timbres tuberculoniques et lecture ;

- 34 ° Détection de parasitoses externes et soins aux personnes atteintes de celles-ci ;
- 35 ° Surveillance des fonctions vitales et maintien de ces fonctions par des moyens non invasifs et n'impliquant pas le recours à des médicaments ;
- 36 ° Surveillance des cathéters, sondes et drains ;
- 37 ° Participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R. 4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage de troubles sensoriels ;
- 38 ° Participation à la procédure de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables ; 39 ° Recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanée suivantes :
 - a) Urines : glycosurie acétonurie, protéinurie, recherche de sang, potentiels en ions hydrogène, pH ;
 - b) Sang : glycémie, acétonémie ;
- 40 ° Entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire ;
- 41 ° Aide et soutien psychologique ;
- 42 ° Observation et surveillance des troubles du comportement.

Article R4311-5-1

Modifié par Décret n° 2018-805 du 25 septembre 2018 — art. 1

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer l'injection du vaccin antigrippal dans les conditions définies à l'article R. 4311-3 et conformément au résumé des caractéristiques du produit annexé à l'autorisation de mise sur le marché du vaccin injecté, sur certaines personnes dont les conditions d'âge et les pathologies dont elles peuvent souffrir sont précisées par arrêté du ministre chargé de la santé.

L'infirmier ou l'infirmière indique dans le dossier de soins infirmiers l'identité du patient, la date de réalisation du vaccin ainsi que le numéro de lot du vaccin lors de l'injection. Il ou elle déclare au centre de pharmacovigilance les effets indésirables portés à sa connaissance susceptibles d'être dus au vaccin.

Article R4311-6

Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4311-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants :

- 1 ° Entretien d'accueil du patient et de son entourage ;
- 2 ° Activités à visée sociothérapeutique individuelle ou de groupe ;
- 3 ° Surveillance des personnes en chambre d'isolement ;
- 4 ° Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient.

Article R4311-7

Modifié par Décret n° 2019-835 du 12 août 2019 — art. 2

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale ou de son renouvellement par un infirmier exerçant en pratique avancée dans les conditions prévues à l'article R. 4301-3 qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin :

- 1 ° Scarifications, injections et perfusions autres que celles mentionnées au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9, instillations et pulvérisations ;
- 2 ° Scarifications et injections destinées aux vaccinations ou aux tests tuberculiques ;
- 3 ° Mise en place et ablation d'un cathéter court ou d'une aiguille pour perfusion dans une veine superficielle des membres ou dans une veine épicroténienne ;
- 4 ° Surveillance de cathéters veineux centraux et de montages d'accès vasculaires implantables mis en place par un médecin ;
- 5 ° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages :
 - a) De produits autres que ceux mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 4311-9 ;
 - b) De produits ne contribuant pas aux techniques d'anesthésie générale ou locorégionale mentionnées à l'article R. 4311-12.

Ces injections et perfusions font l'objet d'un compte rendu d'exécution écrit, daté et signé par l'infirmier ou l'infirmière et transcrit dans le dossier de soins infirmiers ;

- 6 ° Administration des médicaments sans préjudice des dispositions prévues à l'article R. 4311-5 ; 7 ° Pose de dispositifs transcutanés et surveillance de leurs effets ;

- 8 ° Renouvellement du matériel de pansements médicamenteux ;
- 9 ° Réalisation et surveillance de pansements spécifiques ;
- 10 ° Ablation du matériel de réparation cutanée ;
- 11 ° Pose de bandages de contention ;
- 12 ° Ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention ;
- 13 ° Renouvellement et ablation des pansements médicamenteux, des systèmes de tamponnement et de drainage, à l'exception des drains pleuraux et médiastinaux ;
- 14 ° Pose de sondes gastriques en vue de tubage, d'aspiration, de lavage ou d'alimentation gastrique ;
- 15 ° Pose de sondes vésicales en vue de prélèvement d'urines, de lavage, d'instillation, d'irrigation ou de drainage de la vessie, sous réserve des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4311-10 ;
- 16 ° Instillation intra-urétrale ;
- 17 ° Injection vaginale ;
- 18 ° Pose de sondes rectales, lavements, extractions de fécalomes, pose et surveillance de goutte-à-goutte rectal ;
- 19 ° Appareillage, irrigation et surveillance d'une plaie, d'une fistule ou d'une stomie ;
- 20 ° Soins et surveillance d'une plastie ;
- 21 ° Participation aux techniques de dilatation de cicatrices ou de stomies ;
- 22 ° Soins et surveillance d'un patient intubé ou trachéotomisé, le premier changement de canule de trachéotomie étant effectué par un médecin ;
- 23 ° Participation à l'hyperthermie et à l'hypothermie ;
- 24 ° Administration en aérosols et pulvérisations de produits médicamenteux ;
- 25 ° Soins de bouche avec application de produits médicamenteux et, en tant que de besoin, aide instrumentale ;
- 26 ° Lavage de sinus par l'intermédiaire de cathéters fixés par le médecin ;
- 27 ° Bains d'oreilles et instillations médicamenteuses ;
- 28 ° Enregistrements simples d'électrocardiogrammes, d'électroencéphalogrammes et de potentiels évoqués sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-10 ;
- 29 ° Mesure de la pression veineuse centrale ;
- 30 ° Vérification du fonctionnement des appareils de ventilation assistée ou du monitoring, contrôle des différents paramètres et surveillance des patients placés sous ces appareils ;
- 31 ° Pose d'une sonde à oxygène ;
- 32 ° Installation et surveillance des personnes placées sous oxygénothérapie normobare et à l'intérieur d'un caisson hyperbare ;
- 33 ° Branchement, surveillance et débranchement d'une dialyse rénale, péritonéale ou d'un circuit d'échanges plasmatique ;
- 34 ° Saignées ;
- 35 ° Prélèvements de sang par ponction veineuse ou capillaire ou par cathéter veineux ;
- 36 ° Prélèvements de sang par ponction artérielle pour gazométrie ;
- 37 ° Prélèvements non sanglants effectués au niveau des téguments ou des muqueuses directement accessibles ;
- 38 ° Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions ;
- 39 ° Recueil aseptique des urines ;
- 40 ° Transmission des indications techniques se rapportant aux prélèvements en vue d'analyses de biologie médicale ;
- 41 ° Soins et surveillance des personnes lors des transports sanitaires programmés entre établissements de soins ;
- 42 ° Entretien individuel et utilisation au sein d'une équipe pluridisciplinaire de techniques de médiation à visée thérapeutique ou psychothérapique ;
- 43 ° Mise en œuvre des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier ou l'infirmière et le patient, et des protocoles d'isolement.

Article R4311-8

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à entreprendre et à adapter les traitements antalgiques, dans le cadre des protocoles préétablis, écrits, datés et signés par un médecin. Le protocole est intégré dans le dossier de soins infirmiers.

Article R4311-9

L'infirmier ou l'infirmière est habilité à accomplir sur prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, les actes et soins suivants, à condition qu'un médecin puisse intervenir à tout moment :

- 1 ° Injections et perfusions de produits d'origine humaine nécessitant, préalablement à leur réalisation, lorsque le produit l'exige, un contrôle d'identité et de compatibilité obligatoire effectué par l'infirmier ou l'infirmière ;
- 2 ° Injections de médicaments à des fins analgésiques dans des cathéters périduraux et intrathécaux ou placés à proximité d'un tronc ou d'un plexus nerveux, mis en place par un médecin et après que celui-ci a effectué la première injection ;
- 3 ° Préparation, utilisation et surveillance des appareils de circulation extracorporelle ; 4 ° Ablation de cathéters centraux et intrathécaux ;
- 5 ° Application d'un garrot pneumatique d'usage chirurgical ;
- 6 ° Pose de dispositifs d'immobilisation ;
- 7 ° Utilisation d'un défibrillateur manuel ;
- 8 ° Soins et surveillance des personnes, en postopératoire, sous réserve des dispositions prévues à l'article R. 4311-12 ; 9 ° Techniques de régulation thermique, y compris en milieu psychiatrique ;
- 10 ° Cures de sevrage et de sommeil.

Article R4311-10

L'infirmier ou l'infirmière participe à la mise en œuvre par le médecin des techniques suivantes :

- 1 ° Première injection d'une série d'allergènes ;
- 2 ° Premier sondage vésical chez l'homme en cas de rétention ;
- 3 ° Enregistrement d'électrocardiogrammes et d'électroencéphalogrammes avec épreuves d'effort ou emploi de médicaments modificateurs ;
- 4 ° Prise et recueil de pression hémodynamique faisant appel à des techniques à caractère vulnérant autres que celles mentionnées à l'article R. 4311-7 ;
- 5 ° Actions mises en œuvre en vue de faire face à des situations d'urgence vitale ;
- 6 ° Explorations fonctionnelles comportant des épreuves pharmacodynamiques, d'effort, de stimulation ou des tests de provocation ;
- 7 ° Pose de systèmes d'immobilisation après réduction ;
- 8 ° Activités, en équipe pluridisciplinaire, de transplantation d'organes et de greffe de tissus ;
- 9 ° Transports sanitaires :
 - a) Transports sanitaires urgents entre établissements de soins effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
 - b) Transports sanitaires médicalisés du lieu de la détresse vers un établissement de santé effectués dans le cadre d'un service mobile d'urgence et de réanimation ;
- 10 ° Sismothérapie et insulinothérapie à visée psychiatrique.

Article R4311-11

L'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou en cours de formation préparant à ce diplôme, exerce en priorité les activités suivantes :

- 1 ° Gestion des risques liés à l'activité et à l'environnement opératoire ;
- 2 ° Élaboration et mise en œuvre d'une démarche de soins individualisée en bloc opératoire et secteurs associés ; 3 ° Organisation et coordination des soins infirmiers en salle d'intervention ;
- 4 ° Traçabilité des activités au bloc opératoire et en secteurs associés ;
- 5 ° Participation à l'élaboration, à l'application et au contrôle des procédures de désinfection et de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables visant à la prévention des infections nosocomiales au bloc opératoire et en secteurs associés.

En per-opératoire, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire ou l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme exerce les activités de circulant, d'instrumentiste et d'aide opératoire en présence de l'opérateur. Il est habilité à exercer dans tous les secteurs où sont pratiqués des actes invasifs à visée diagnostique, thérapeutique, ou diagnostique et thérapeutique dans les secteurs de stérilisation du matériel médico-chirurgical et dans les services d'hygiène hospitalière.

Article R4311-11-1

L'infirmier ou l'infirmière de bloc opératoire, titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire, est seul habilité à accomplir les actes et activités figurant aux 1 ° et 2 ° :

- 1 ° Dans les conditions fixées par un protocole préétabli, écrit, daté et signé par le ou les chirurgiens : a) Sous réserve que le chirurgien puisse intervenir à tout moment :

- l'installation chirurgicale du patient ;
- la mise en place et la fixation des drains susaponévrotiques ;
- la fermeture sous-cutanée et cutanée ;
- b) Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence du chirurgien, apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration ;
- 2 ° Au cours d'une intervention chirurgicale, en présence et sur demande expresse du chirurgien, une fonction d'assistance pour des actes d'une particulière technicité déterminés par arrêté du ministre chargé de la santé.

NOTA : Conseil d'État, décision n^{os} 389036, 389589, 390121 du 7 décembre 2016 (ECLI:FR:CECHR:2016:389036.20161207), Art. 1 : Le décret du 27 janvier 2015 relatif aux actes infirmiers relevant de la compétence exclusive des infirmiers de bloc opératoire est annulé en tant seulement que, en l'état du dispositif applicable, il ne diffère pas au 31 décembre 2017 l'entrée en vigueur des dispositions du b) du 1 ° de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique.

Conformément à l'article 7 du décret n° 2018-79 du 9 février 2018, les dispositions du b du 1 ° de l'article R. 4311-11-1 du code de la santé publique sont applicables à compter du 1er juillet 2019.

Article R4311-11-2

Créé par DÉCRET n° 2015-74 du 27 janvier 2015 — art. 1

L'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant au diplôme d'État de bloc opératoire peut participer aux actes et activités mentionnés à l'article R. 4311-11-1 dans les conditions qui y sont définies, en présence d'un infirmier ou d'une infirmière titulaire du diplôme d'État de bloc opératoire.

Article R4311-12

Modifié par Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 — art. 1

I.-A.-L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, exerce ses activités sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste-réanimateur sous réserve que ce médecin :

1 ° Ait préalablement examiné le patient et établi par écrit la stratégie anesthésique comprenant les objectifs à atteindre, le choix et les conditions de mise en œuvre de la technique d'anesthésie ;

2 ° Soit présent sur le site où sont réalisés les actes d'anesthésie ou la surveillance post-interventionnelle, et puisse intervenir à tout moment.

B.-L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État est, dans ces conditions, seul habilité à :

1 ° Pratiquer les techniques suivantes :

a) Anesthésie générale ;

b) Anesthésie loco-régionale et réinjections dans le cas où un dispositif a été mis en place par un médecin anesthésiste — réanimateur ;

c) Réanimation per-opératoire ;

2 ° Accomplir les soins et réaliser les gestes nécessaires à la mise en œuvre des techniques mentionnées aux a, b et c du 1 ° ;

3 ° Assurer, en salle de surveillance post-interventionnelle, les actes relevant des techniques mentionnées aux a et b du 1 ° et la poursuite de la réanimation per-opératoire.

II. -L'infirmier ou l'infirmière, anesthésiste diplômé d'État, sous le contrôle exclusif d'un médecin anesthésiste — réanimateur, peut intervenir en vue de la prise en charge de la douleur postopératoire en pratiquant des techniques mentionnées au b du 1 ° du B du I.

III. -L'infirmier ou l'infirmière anesthésiste est seul habilité à réaliser le transport des patients stables ventilés, intubés ou sédatisés pris en charge dans le cadre des transports infirmiers interhospitaliers.

IV.-Les transports sanitaires mentionnés à l'article R. 4311-10 sont réalisés en priorité par l'infirmier ou l'infirmière anesthésiste diplômé d'État.

Article R4311-12-1

Créé par Décret n° 2017-316 du 10 mars 2017 — art. 2

L'étudiant ou l'étudiante, préparant le diplôme d'infirmier ou d'infirmière anesthésiste diplômé d'État, peut participer aux activités mentionnées à l'article R. 4311-12 en présence d'un infirmier ou d'une infirmière anesthésiste diplômé d'État.

Article R4311-13

Les actes concernant les enfants de la naissance à l'adolescence, et en particulier ceux ci-dessous énumérés, sont dispensés en priorité par une infirmière titulaire du diplôme d'État de puéricultrice et l'infirmier ou l'infirmière en cours de formation préparant à ce diplôme :

- 1 ° Suivi de l'enfant dans son développement et son milieu de vie ;
- 2 ° Surveillance du régime alimentaire du nourrisson ;
- 3 ° Prévention et dépistage précoce des inadaptations et des handicaps ;
- 4 ° Soins du nouveau-né en réanimation ;
- 5 ° Installation, surveillance et sortie du nouveau-né placé en incubateur ou sous photothérapie.

Article R4311-14

En l'absence d'un médecin, l'infirmier ou l'infirmière est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de la détresse psychologique, à mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgence, préalablement écrits, datés et signés par le médecin responsable. Dans ce cas, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes conservatoires nécessaires jusqu'à l'intervention d'un médecin. Ces actes doivent obligatoirement faire l'objet de sa part d'un compte rendu écrit, daté, signé, remis au médecin et annexé au dossier du patient.

En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier ou l'infirmière décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toutes mesures en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état.

Article R4311-15

Selon le secteur d'activité où il exerce, y compris dans le cadre des réseaux de soins, et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants :

- 1 ° Formation initiale et formation continue du personnel infirmier, des personnels qui l'assistent et éventuellement d'autres personnels de santé ;
- 2 ° Encadrement des stagiaires en formation ;
- 3 ° Formation, éducation, prévention et dépistage, notamment dans le domaine des soins de santé primaires et communautaires ;
- 4 ° Dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité ;
- 5 ° Dépistage des maladies sexuellement transmissibles, des maladies professionnelles, des maladies endémiques, des pratiques addictives ;
- 6 ° Éducation à la sexualité ;
- 7 ° Participation à des actions de santé publique ;
- 8 ° Recherche dans le domaine des soins infirmiers et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire.

Il participe également à des actions de secours, de médecine de catastrophe et d'aide humanitaire, ainsi qu'à toute action coordonnée des professions de santé et des professions sociales conduisant à une prise en charge globale des personnes.

Article D4311-15-1

Créé par Décret n° 2012-35 du 10 janvier 2012 — art. 1

Lorsque l'infirmier ou l'infirmière procède au renouvellement d'une prescription de médicaments contraceptifs oraux dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il ou elle inscrit sur l'original de l'ordonnance médicale les indications suivantes :

- 1 ° Son nom, son prénom et le numéro obtenu lors de l'enregistrement prévu à l'article L. 4311-15 ;
- 2 ° La mention « Renouvellement infirmier » ;
- 3 ° La durée de ce renouvellement, exprimée en mois et qui ne peut excéder six mois ;
- 4 ° La date à laquelle ce renouvellement est effectué.

Annexe V

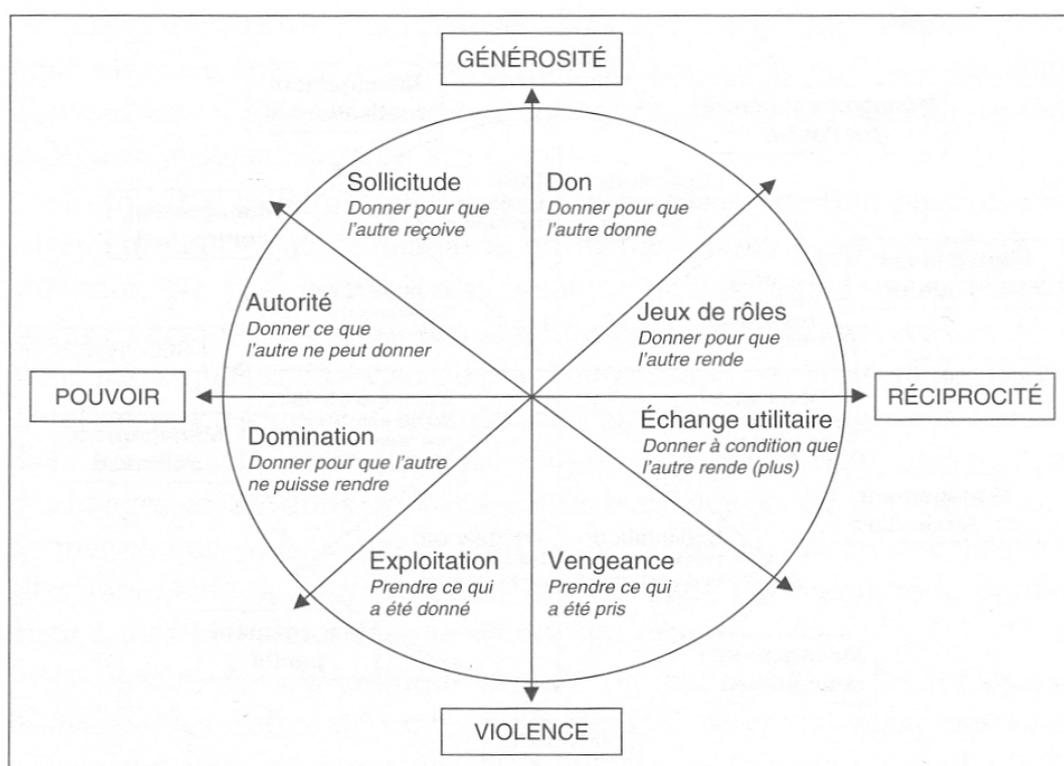
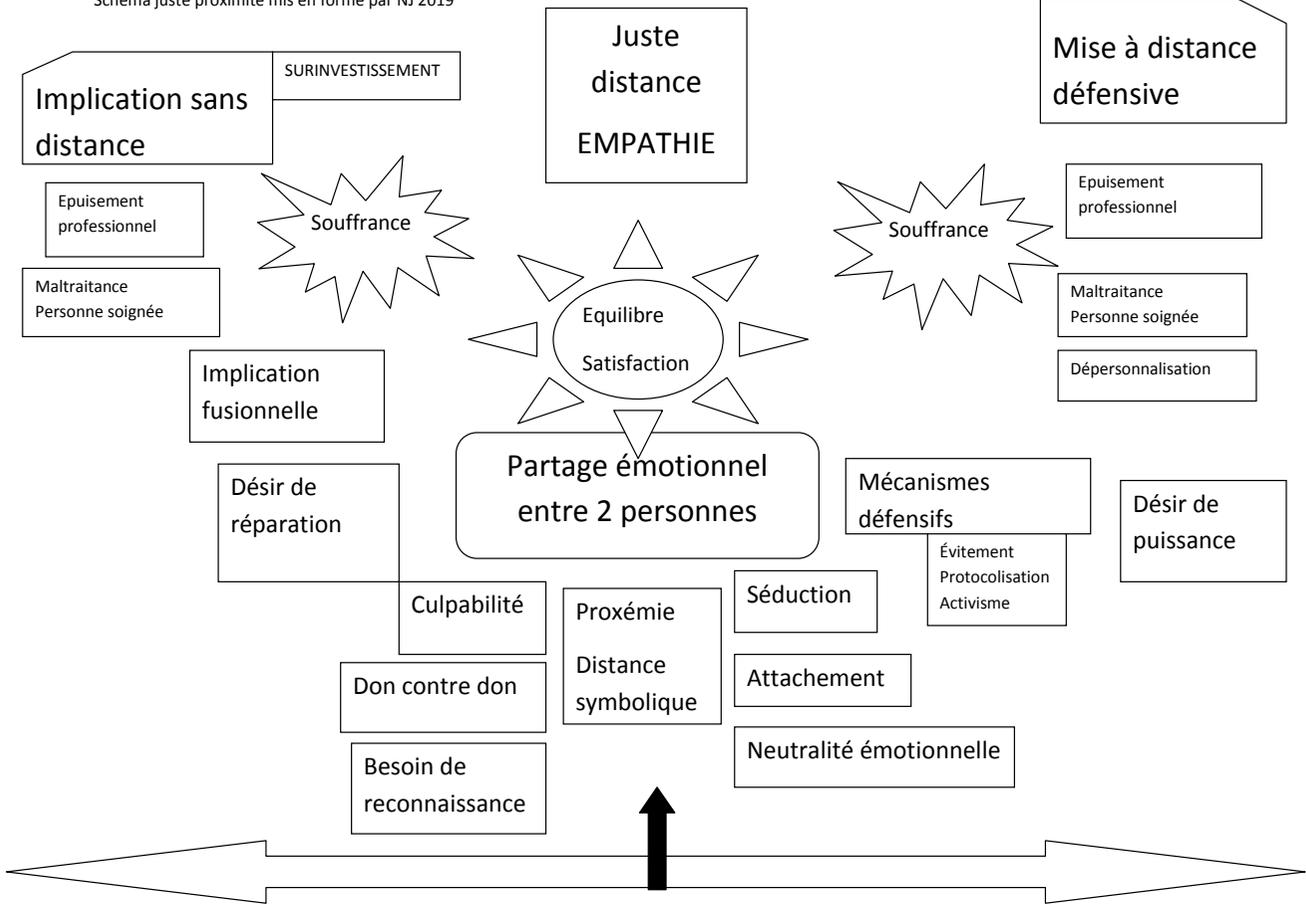


Figure 1 : Schématisation des dons

D'après le schéma extrait de *La sociologie comme philosophie politique, et réciproquement...* Philippe Chanial, 2011, Éditions La Découverte, p. 271.

Annexe VI

Schéma juste proximité mis en forme par NJ 2019



Résumé

Il existe un lien entre les valeurs propres d'un infirmier, son implication dans le soin et le désengagement professionnel.

Je ne l'ai pas compris tout de suite, et j'en ai souffert pendant quelques années, mais c'est après de longues recherches engendrées par deux situations de soins particulièrement mémorables que les différentes guidances m'ont permises de mettre des mots sur un malaise si souvent rencontré lorsque j'étais encore aide-soignant en réanimation médicale.

Les valeurs, l'épanouissement et la juste distance sont-ils les concepts clefs, permettant à tout soignant d'éviter une souffrance professionnelle aussi bien inutile que destructrice ?

En cette période de confinement national lié à la pandémie du COVID-19 (SARS-nCoV 2), j'ai eu la chance de constater à quel point les soignants sont prêts à sacrifier un peu de leur confort pour soigner des patients de tout âge et de toute origine dans un contexte où les conditions de travail sont devenues extrêmement épuisantes et chronophages.

J'ai aussi pu faire partie de cette aventure en venant renforcer les équipes, ceci m'a permis de constater à quel point le simple fait d'avoir affaire à un virus dont on ne sait pratiquement rien augmente la charge mentale des soignants par la préoccupation permanente de vouloir respecter les procédures mises en place avec pour seul but : la qualité des soins.

Ce travail de fin d'études concerne tous les infirmiers, aides-soignants, cadres de santé, et médecins, afin que tout un chacun puisse comprendre quels mécanismes de défense complexes peuvent se mettre en place dans le cadre des soins alertant par la même occasion l'infirmier lui-même ou ses collègues sur la nécessité de prendre du recul sur une situation mettant en danger son intégrité psychique.

La double écoute est le cachet du désengagement professionnel, personne n'est impuissant face à ses souffrances, à condition de la pratiquer régulièrement en guise de prévention de l'épuisement professionnel.

L'infirmier est un pélican, mais il lui suffit d'apprendre à repérer et à accepter ses propres limites pour qu'il puisse s'envoler vers son apothéose.

Mots clefs : Souffrance — soignant — infirmier — épuisement professionnel — burn-out — désengagement — stress — épanouissement — reconnaissance — autonomie — estime de soi — Don et contre don — qualité de vie — valeurs — identité professionnelle — holisme — juste distance — relation d'aide — émotions — mécanismes de défense — double écoute

Summary

There is a link between a nurse's own values, their implications for care and professional disengagement.

I did not understand it right away, and I suffered for a few years, but it was after long research engendered by two particularly memorable care situations that the different guides allowed me to put words on a discomfort so often encountered when I was still a medical resuscitation nurse assistant.

Are values, fulfillment and fair distance the key concepts, allowing any caregiver to avoid both unnecessary and destructive professional suffering?

In this period of national confinement linked to the COVID-19 pandemic (SARS-nCoV 2), I was fortunate to note how caregivers are ready to sacrifice a little of their comfort to treat patients of all ages, and of all origins in a context where working conditions have become extremely exhausting and time-consuming.

I was also able to be part of this adventure by strengthening the teams, this allowed me to see how the simple fact of dealing with a virus of which we know practically nothing increases the mental load of the caregivers by the permanent concern of wanting to respect the procedures put in place with the sole aim: The quality of care.

This end of studies work concerns all nurses, nursing assistants, health executive, and doctors so that everyone can understand what complex defense mechanisms can be put in place in healthcare, alerting at the same time the nurse himself or his colleagues on the need to step back from a situation endangering his mental integrity.

Double listening is the hallmark of professional disengagement, no one is powerless in the face of their suffering, if it is practiced regularly as a prevention of burnout.

The nurse is a pelican, but he only needs to learn to spot and accept his own limits to fly towards his apotheosis.

Keywords: Suffering—caregiver—nurse—burnout—disengagement—stress—fulfillment—recognition—autonomy—self-esteem—Gift and cons gift—quality of life—value—professional identity—holism—fair distance—relationship help—emotions—defense mechanisms—double listening.