

Promotion 2001 – 2004

Travail de fin d'études – Diplôme d'Etat d'infirmier

**La mort et l'infirmier de réanimation :
Un pas vers l'épuisement professionnel ?**



Fresne Julie

IFSI saint Antoine

Note au lecteur

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI saint Antoine et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI. »

Remerciements

- Madame Villeneuve, cadre formateur à l'IFSI saint Antoine, qui m'a suivi tout au long de l'élaboration de mon mémoire.
- Les cadres de supérieurs de santé qui ont accepté d'accueillir mes entretiens.
- Aux infirmiers et infirmières des services de réanimation qui ont accepté de répondre à mes questions.
- A l'équipe mobile douleur et soins palliatifs de l'hôpital saint Antoine pour leur écoute et leur réflexion productive.

Sommaire

- Introduction	Page 1
- Problématique	Page 2
- Cadre conceptuel	Page 5
*I. La notion de syndrome d'épuisement professionnel.	Page 5
a. Historique	Page 5
b. Définition	Page 5
c. Comment l'évaluer ?	Page 5
d. Les causes	Page 6
e. Les signes	Page 6
f. Les moyens de lutte	Page 6
*II. Les deuils.	Page 7
a. Définition	Page 7
b. Deuil du soigné	Page 7
c. Deuil des soignants	Page 8
*III. La formation initiale.	Page 9
* IV. La réanimation.	Page 10
* V. Les infirmiers jeunes diplômés.	Page 10
- Méthodologie	Page 11
- Analyse	Page 12
*Analyse quantitative	Page 12
*Interprétation	Page 22

- Conclusion	Page 27
- Annexes	
*Annexe I : La Maslach Burn out Inventory	Page 28
*Annexe II : Les mécanismes de défense	Page 30
*Annexe III : Le questionnaire de Worden	Page 32
*Annexe IV : Texte de lois	Page 33
*Annexe V : Consignes de rédaction et de présentation du travail de fin d'études	Page 34
*Annexe VI : Grille d'entretien	Page 37
- Bibliographie	

« Guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours. »

Proverbe français

INTRODUCTION

Je ne prétends pas mettre sur le devant de la scène un problème inconnu de tous. Chaque soignant côtoie la mort dans sa carrière. La mort et son cortège d'émotions vivent en permanence dans notre univers hospitalier.

D'un sujet que l'on traitait simplement en famille ou avec les voisins, lorsqu'elle se faisait présente dans un foyer au début du 20^{ème} siècle ou même avant, elle est devenue dans notre monde contemporain un sujet tabou, qui fait peur. Qui va annoncer à sa famille ou à ses amis sa fin proche ? On la cache, on la dissimule le plus longtemps possible. On sait qu'elle progresse, qu'elle va nous « avoir », que l'on ne peut se séparer de cette dernière amie si présente et si terrifiante à la fois.

Nous avons tous subi à des moments différents de notre développement un deuil dans notre famille, parmi nos amis, nos connaissances. Nos réactions sont diverses : accablement, tristesse, compassion, soulagement ... Mais une fois le travail de deuil terminé et si une tristesse plus profonde ne s'installe pas, nous nous en remettons. Notre travail, notre vie sociale et familiale n'en pâtissent pas. Toutefois lorsque le décès se fait présent au quotidien, lorsque l'on est professionnel de santé et que l'on côtoie « la faucheuse » régulièrement depuis le début de nos études et pendant toute notre carrière, comment réagir ? Comment gérer la mort répétée de personnes que l'on voit tous les jours, que l'on peut connaître depuis des années ? Devons-nous uniquement nous « blinder » comme nous l'entendons régulièrement dans les services et dans les I.F.S.I. ? Les professionnels de santé ont-ils des attentes, des suggestions pour gérer cette partie si difficile de la vie et de leur travail ? C'est ce que nous essaierons de savoir au fil de ce mémoire. Cherchons ce qui a été fait et ce qui nous reste à faire.

PROBLEMATIQUE

Durant les stages que j'ai effectués pendant ma formation, j'ai pu m'apercevoir que la mort est très présente à l'hôpital. Bon nombre de collègues infirmiers¹ sont confrontés à celle-ci régulièrement, quel que soit leur lieu d'exercice.

Pour ma part, je l'ai été, pour la première fois, au décès d'un patient, pendant un stage de première année. Le patient que je prenais alors en charge souffrait d'une décompensation de maladie chronique. Dès son arrivée, le médecin qui s'occupait de lui avait prévenu l'équipe soignante que son issue serait très sûrement fatale. Quelques jours plus tard, cet homme décéda de sa pathologie. C'est à ce moment que j'ai pu observer la prise en charge des soignants face au décès d'un de leurs patients. Pendant quelques jours, le sujet fut tabou. Personne n'évoquait ce décès. Au personnel de retour de repos, on répondait simplement : « il est parti ». Comprenne alors qui voudra. Il a fallu une semaine et deux nouveaux décès pour que les infirmiers du service me demandent, ainsi qu'à ma collègue étudiante, comment nous supportions les décès répétés, alors fréquents dans le service. C'est à ce moment que nous avons pu échanger nos impressions. Mais une question se posait alors à moi : « Serais-je capable d'assumer les décès de mes patients ? ». Après ces trois décès, quatre autres ont suivi dans les deux dernières semaines de stage.

De part mes lectures, j'ai pu me rendre compte que je n'étais pas la seule à avoir des difficultés à voir des hommes et des femmes mourir. J'ai pu en effet comprendre toute la douleur que peut ressentir une infirmière qui travaille dans un service où elle voit décéder bon nombre de ses patients grâce au récit de Barbara Lucas². Cette infirmière nous fait part, dans la première partie de son livre, de ses motivations à exercer notre profession puis, dans la seconde, du premier poste où elle a exercé. Dans ce service dédié, pour une unité, aux personnes âgées, et pour l'autre, aux patients atteints du S.I.D.A. en phase terminale, elle nous narre sa douleur de les voir « partir », mais aussi sa douleur de ne pas être entendue.

C'est en discutant de ce livre, par la suite, avec les infirmières qui ont pu m'encadrer dans différents services que je me suis réellement rendue compte qu'il existait un malaise dans notre profession face à la mort de nos patients. Quelle prise en charge pourrait alors être proposée pour soulager la souffrance des soignants ? En effet, en tant que professionnels de

¹ Lire indifféremment infirmiers et infirmières tout au long du travail.

² Barbara Lucas : Infirmière aux portes de la mort – Editions Fixot 1996

santé, nous savons que nous devons apporter aide et soutien au patient ainsi qu'à sa famille, mais tous les services n'ont pas développé des réunions d'équipe et de soutien pour les soignants. Beaucoup semblent alors en souffrance. Mais la souffrance des soignants est-elle seulement l'apanage des jeunes diplômés ?

D'après les conversations que j'ai pu avoir avec des infirmiers ayant jusqu'à vingt ans d'exercice à leur actif, je peux dire que toute personne est touchée, indépendamment de son expérience mais que ce sont les infirmiers jeunes diplômés qui en expriment peut-être le plus de souffrance et le moins de détachement. C'est pourquoi, j'ai choisi de cibler mon enquête sur cette population.

En m'intéressant à cette catégorie, je me suis alors aperçue, en lisant les textes annonçant le programme de nos études, que chaque étudiant doit avoir dans sa formation initiale, un apport sur la mort. Mais celui-ci facilite-t-il la gestion de la souffrance des soignants nouvellement diplômés face à la perte de patients ? Le service dans lequel évoluent les soignants influence-t-il cette prise en charge ?

C'est pourquoi, je me suis interrogée sur les services où mes collègues et moi avons pu observer des décès, que nous relations lors des retours de stages. J'ai alors constaté que nous avons principalement côtoyé la mort lors de nos passages dans des services de médecine ainsi que de réanimation. Dans les services où les patients meurent peu, le décès semble parfois mieux pris en charge par l'ensemble de l'équipe médicale et soignante. Mais l'Homme moderne meurt de plus en plus à l'hôpital (70 % en 2000)³. Bien sûr, il existe en France des services dédiés à l'accueil de patients en fin de vie, mais les places disponibles sont encore trop peu nombreuses (774 lits en 2000)⁴. Bon nombre de patients sont donc destinés à finir leurs jours dans les unités de court séjour des hôpitaux. Mais, une autre question se pose alors : l'âge des patients en fin de vie influence-t-il la souffrance des soignants ?

En effet, il est commun d'observer une différence dans l'attitude que l'on peut adopter en fonction de l'âge atteint par nos patients. Dans l'imagerie populaire, il est plus aisé d'accepter la mort d'une personne âgée. A contrario, le décès d'un enfant est ressenti comme une injustice. Mais entre ces deux âges extrêmes, quelle réaction doit avoir le soignant ? Doit-il réagir en fonction de l'âge de la personne qu'il soigne ? Non, bien évidemment. Mais il est plus difficile d'accepter la mort d'une personne jeune que d'une personne âgée. Une autre

³ I Dauge et G De Vericourt : les soins palliatifs – Edition les essentiels de milan 2000

⁴ Ibid 3

question se pose alors : la pathologie joue-t-elle un rôle dans la réaction des soignants confrontés à de multiples décès ?

Lorsqu'un patient est atteint d'une maladie de longue durée, le travail de deuil de celui-ci ainsi que celui du soignant peut commencer dès l'annonce ou la découverte de la pathologie. En effet, le patient a ainsi le temps de prévenir sa famille, de mettre en ordre ses affaires, de connaître sa maladie et d'apprendre à connaître ce corps qui l'abandonne de plus en plus et qui le mène inexorablement vers le trépas. Le soignant peut également, en se fiant à ses connaissances et à son expérience, appréhender ce patient en phase terminale d'une maladie de manière peut-être plus adaptée. Mais qu'en est-il lorsque la pathologie est soudaine, lorsqu'elle est inattendue ? En effet, lors d'un accident de la voie publique, la famille, tout comme l'équipe qui prend la victime en charge, n'a pas le temps de s'habituer à la possible perte de la personne. Il en est de même lorsqu'une personne est brûlée. Cet acte n'étant pas volontaire ou très rarement. Le pronostic vital de ces patients est souvent mis en jeu. Le patient est alors hospitalisé dans une unité spécifique, où il est pris en charge dans sa globalité. Pourtant, lui, sa famille et l'équipe médicale ne sont pas préparés pour accueillir cette mort. On peut donc alors se demander comment les soignants réagissent lorsqu'ils perdent un patient dans une unité comme celle-ci, mais surtout, comment les jeunes diplômés réagissent face à la perte répétée de patients atteints d'une pathologie subite ?

Dans mes différentes lectures, j'ai pu me rendre compte que le décès répété de patients dans un service peut engendrer un « burn out syndrome » de la part des professionnels de santé qui évoluent autour de ceux-ci. Ce phénomène a surtout été observé dans des services de gériatrie ainsi que dans les unités en soins palliatifs. En effet, bon nombre d'auteurs (MF Bacqué⁵, M. Hanus ...) expriment ce qu'ils ont pu observer majoritairement dans ces unités particulières où l'on sait que la mort est très présente. Et pourtant, malgré toutes ces observations, il n'y a pas ou peu d'écrits réalisés sur la prise en charge des infirmiers jeunes diplômés face à la mort dans une unité de réanimation.

C'est pourquoi, d'après mes constatations, j'ai décidé de faire mon travail de recherche dans le but de savoir si : « la fréquence des décès dans une unité de réanimation ainsi que le contenu de la formation initiale favorise le développement du syndrome d'épuisement professionnel chez les infirmiers nouvellement diplômés. »

⁵ Marie Frédérique Bacqué : Deuil et santé – Edition Odile Jacob 1997

CADRE CONCEPTUEL

I La notion de burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel

a. Historique

Le syndrome d'épuisement professionnel fut employé pour la première fois par le psychanalyste Freudenberger en 1974. Il décrit l'impossibilité pour un individu de mener de face l'idéal de son métier, sa réalité technique et relationnelle. En 1977, Elisabeth Kübler-Ross et J. William Wonder montraient déjà que 92 % des 5000 soignants qu'ils avaient pu observer étaient en état de stress intense voire en burn out. En 1981, Maslach et Jackson décrivent un « *échec de l'adaptation au stress émotionnel chronique du travail* ». Le DSM – IV quant à lui décrit seulement « *un trouble à l'adaptation* »⁶.

b. Définition

Le terme de « burn out syndrome » fut tout d'abord employé par des soignants pour des soignants. Il relatait alors la faillibilité de la relation d'aide. » « *Le burn out syndrome est composé de troubles psychiques, comportementaux et physiques qui surviennent chez les professionnels de l'aide confrontés à la mort réelle ou fantasmatique de leurs « clients »* ».⁷

Pour MF Bacqué et M Hanus, les personnes qui pourraient alors en être victimes sont les soignants évoluant dans des services de cancérologie, de pédiatrie ou de soins palliatifs. Pour eux, le burn out est « *la conséquence de l'angoisse de mort[...] et la capacité de mener un travail de deuil à chaque fois qu'un patient investi vient à mourir* ».

c. Comment l'évaluer ?

Plusieurs outils existent pour évaluer et quantifier l'épuisement du soignant. Nous retiendrons ici l'outil psychotechnique le plus connu, le M.B.I. (Maslach Burnout Inventory), créé en 1981 et qui se base sur trois axes :

- L'épuisement professionnel : lorsque le travail devient trop pénible,
- La déshumanisation de la relation à l'autre : en accordant moins de temps au patient ou en diminuant la relation qui peut alors être comparée à une maltraitance,

⁶ M.F. Bacqué & M. Hanus : Que sais-je ? Le deuil page 70

⁷ Op. Sit page 69

- La diminution de l'accomplissement personnel.

Il peut également se rajouter comme facteur l'âge et la personnalité de la personne.⁸

d. Les causes

Les causes de l'épuisement professionnel auprès d'un patient en fin de vie sont multiples. On peut compter :

- Les causes externes au soignant : La limite médicale, l'ambiguïté des rôles, la surcharge de travail, les conflits, le manque de formation, l'absence de structure pour verbaliser sa souffrance,

- Les causes internes au soignant : Le fait d'être fréquemment confronté au décès de patients, le manque de temps pour établir une relation d'aide adéquate ou un lien trop fort avec le patient, la peur et la confrontation à sa propre mort, l'identification au mourant, les problèmes personnels des soignants et l'absence de frontière entre la vie privée et professionnelle, les deuils non résolus.

e. Les signes

Les signes multiples peuvent être :

- Les signes somatiques : fatigue, épuisement physique, céphalées, troubles gastriques, troubles du sommeil, infections, douleurs dorsales,

- Les signes extérieurs : sentiment d'impuissance, dépression, perte d'espoir, attitude négative, ardeur à voir l'heure de fin arrivée, « vivre » l'hôpital en dehors de celui-ci, diminution du rendement professionnel, augmentation des conflits au sein de l'équipe, arrêts de travail à répétition voire l'arrêt définitif de la profession, perdre le sens des priorités, accumulation des problèmes, violence, conduites addictives (alcool, psychotropes), troubles alimentaires (boulimie), incurrence, désir de fuite ...

f. Les moyens de lutte

Les soignants ont la possibilité d'utiliser des mécanismes qui peuvent être inconscients comme⁹ :

- La projection

- La formation réactionnelle

⁸ Cf. Annexe I : A. Maurange Manuel à l'usage des soignants : stress, souffrance et violence en milieu hospitalier Page 141 => 143

⁹ Cf. Annexe II : M.F. Bacqué Deuil et santé Pages 147 => 149

- Le déni
- L'humour
- L'annulation
- La sublimation
- L'identification
- L'isolation
- L'action contra-phobique
- La rationalisation
- Le clivage

Les professionnels peuvent également mettre en place des stratégies telles que :

- Mieux se connaître par rapport à la gestion des deuils en effectuant le questionnaire proposé par J.W. Worden en 1995¹⁰,
- Prendre conscience de l'existence de ses propres mécanismes de défense,
- Adapter des stratégies centrées sur l'émotion : fuite, déni, résignation
- Adapter des stratégies centrées sur la gestion des problèmes
- Participer pleinement une fois à un deuil d'un patient suivi

II. Les deuils

a. Définition

Le mot deuil provient du latin *dolere*, qui signifie souffrir. Le deuil est à la fois un travail intérieur psychique, de réorganisation affective et un travail. Pour Freud, « *le deuil est la réaction habituelle à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, un idéal, la liberté...* »¹¹. Pour Tessier, « *à y regarder de plus près, [...] le deuil comme état affectif ne correspond pas à la mort strictement mais plutôt à la perte*¹². »

b. Deuil du soigné

Les phases du deuil du soigné sont connues depuis 1977 par les travaux du Dr Elisabeth Kübler-Ross. En effet, elle distingue cinq phases du deuil qui sont :

- Le déni : Le patient met alors un mécanisme de défense qui diminue l'angoisse. Il refuse d'accepter le fait qu'il soit malade

¹⁰ Cf. Annexe III : M.F. Bacqué Deuil et santé Page 142

¹¹ M.F. Bacqué & M. Hanus, Que sais-je ? Le deuil page 3

¹² Jacques Chalifour « L'infirmière face à ses deuils – quelques éléments de réflexion » Revue soins janvier/février 1998 Page 39

- La révolte. L'abandon du déni rend la confrontation à une réalité inévitable. Il surgit alors une agressivité et une rage qui rejaillissent sur l'entourage plus que sur le personnel soignant. Le patient se pose alors des questions : « pourquoi moi ? ».

- Le marchandage : C'est une étape de négociation avec soi, les soignants ou un Dieu. Le patient fait alors des promesses en échange d'une guérison : « Si je fais telle chose, cela va s'arrêter. »

- La dépression : Le patient renonce à la vie. Les relations sont souvent dures à établir dans cette phase, la personne préférant parfois rester seule pour pleurer.

- L'acceptation : Le patient est alors lucide sur son état, il évalue ses chances de survie. Pour parvenir à ce stade, le patient ne doit pas souffrir.

c. Deuil des soignants

D'après Jacques Chalifour, on peut observer différentes phases de deuil chez les soignants comparables à celles observées par Tessier sur des personnes divorcées.. On note :

- Les réactions initiales : Il peut s'agir d'anxiété, d'un sentiment de dépersonnalisation ; de troubles du sommeil ... Cette réaction se fait face à une perte ressentie comme un choc. Il peut y avoir une grande indifférence ou, au contraire, une grande souffrance.

- La recherche compensatoire de l'autre : Elle peut être conscience ou non et sera effective avec des lapsus en confondant par exemple un court moment deux patients.

- L'évitement compulsif de l'autre : Lors du décès d'un patient, il peut apparaître une hâte à ce que le corps parte vite du service, cela pour faciliter son deuil.

- La colère, le blâme et la culpabilité : Elle est effective lorsque le patient peut être blâmé pour une conduite addictive ou la famille pour son manque de présence. Enfin, le soignant peut se sentir coupable de n'avoir pas pu faire plus pour son patient.

- La dépression : Elle s'installe alors chez le soignant lorsque les décès sont trop présents dans un service, que le travail est pesant pour lui, lorsqu'une tristesse s'exprime ainsi qu'une fatigue intense, une envie de quitter la profession. Cet ensemble peut alors conduire aux signes d'un épuisement professionnel.

- La construction d'une nouvelle identité : Elle apparaît lorsque le deuil du patient est effectif. Le soignant s'aperçoit alors qu'il a pu faire des acquis d'une situation

qui lui semblait difficile à assumer. La présence des collègues, tout comme l'apprentissage d'un nouveau versant de sa personnalité lui permet de mieux s'adapter à son travail.

III. La formation initiale

D'après l'arrêté du 23 mars 1992, complété par l'arrêté du 28 septembre 2001, l'étudiant en soins infirmiers recevra dans le module de sciences humaines en vue de « *l'application des sciences humaines à la santé et aux soins infirmiers* » un apport sur la mort. Il est alors laissé à la libre interprétation de chaque I.F.S.I. le nombre d'heures, leur répartition sur l'ensemble de la formation ainsi que sur la manière de fournir cet enseignement. C'est pourquoi, Dominique Rispaïl qui est formateur en I.F.S.I. propose, dans son article, une méthode pour préparer les étudiants à leur rencontre avec la mort. A partir de citations d'auteurs ou des philosophes, les étudiants peuvent alors selon elle reconnaître leur propre conception de la mort et donc, essayer de l'appivoiser, pour ensuite mieux accompagner¹³.

Exemples :

- La mort qui génère peur et crainte : « Que ce mot si court est insoutenable et pénible ! » Guy de Maupassant
- La mort qui fait souffrir ceux qui restent : « Le vrai tombeau des morts c'est le cœur des vivants. » Frédéric Dard
- La mort embellie : « Le mourant dit qu'il va compter les étoiles et qu'il reviendra quand il les aura comptées. » Citation tahitienne ...

D'autres méthodes pédagogiques sont tout aussi pertinentes. On peut alors utiliser le photo-langage, se réunir en petit groupe afin d'exprimer ses propres représentations de la mort, discuter avec des professionnels notamment de soins palliatifs ou d'unité mobile de soins palliatifs ... Les propositions sont multiples et chaque I.F.S.I. s'adapte aux demandes de ses étudiants.

¹³ Dominique Rispaïl : « parler de la mort en IFSI », revue Soins cadre n°37 janvier/mars 2001

IV. La réanimation

Beaucoup diront que la réanimation est un service différent des autres, quelque peu à part. En effet, il demande une grande technicité aux soignants qui y évoluent pour y faire fonctionner l'ensemble des appareils d'assistances nécessaires à la survie du patient. La réanimation est également un service où la mort se fait très présente. Elle est souvent subite et l'accompagnement est de ce fait très limité. Tous peuvent alors souffrir de ce manque d'accompagnement, de regard sur l'autre. Mais, l'infirmier se cache-t-il pour autant derrière son savoir et ses compétences techniques ? La réanimation est tout d'abord dédiée à sauver. On retiendra la définition du dictionnaire Maloine de l'infirmière, qui dit que la réanimation est « *un ensemble de mesures permettant de rétablir les fonctions vitales momentanément compromises au cours d'une situation aiguë.* »

V. Les infirmiers jeunes diplômés

On considérera tout au long de l'analyse que les jeunes diplômés ont moins de cinq ans d'exercice professionnel en tant qu'infirmier. On ne retiendra pas comme référence leur âge ni l'expérience professionnelle qu'ils auraient pu acquérir de quelque manière que ce soit en dehors de la profession infirmière.

METHODOLOGIE

Pour construire mon étude, j'ai réalisé des entretiens auprès d'infirmiers jeunes diplômés dans deux services de réanimation parisiens. J'ai décidé de réaliser cette enquête d'un point de vue qualitatif. En effet, il me semblait plus judicieux de poser ces questions de vive voix plutôt que de laisser les soignants seuls face à un questionnaire où les questions posées seraient plus fermées, ne laissant alors que peu de place à l'expression d'une possible souffrance de leur part. L'entretien m'a alors permis, quand cela était nécessaire d'approfondir une question plus qu'une autre. Il m'a également permis de recueillir les émotions des soignants telles qu'elles étaient exprimées, laissant la place à la discussion, les mots venant alors plus simplement de la part des soignants qui ne cherchaient pas à contrôler le flot de mots mais bien à exprimer leur ressenti. Bien que les entretiens aient une durée plus longue que des questionnaires en fonction des réponses à apporter, les soignants se sont volontiers prêtés à cette enquête en prenant parfois sur leur temps de repos pour me répondre. La contrainte de temps a aussi été facilitée par l'organisation des soignants et du sondeur.

J'ai donc effectué neuf entretiens auprès d'infirmiers jeunes diplômés durant le mois de mai 2004 évoluant dans des services de réanimation depuis moins de cinq ans.

L'entretien a été construit selon quatre axes :

- Identification des sondés
- La formation initiale reçue sur la mort
- Les connaissances des infirmiers sur les mécanismes de défense
- L'épuisement professionnel

Ces différentes questions me permettront alors d'observer si les soignants ont reçu dans leur formation initiale un apport sur la mort et si celui-ci peut aider ceux qui sont confrontés régulièrement à la « faucheuse ». Ces différentes questions me permettront également d'observer l'épuisement professionnel des jeunes diplômés et donc de répondre à mon hypothèse de départ : « la mort répétée des patients et la formation initiale participe-t-il à l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel des jeunes diplômés ».

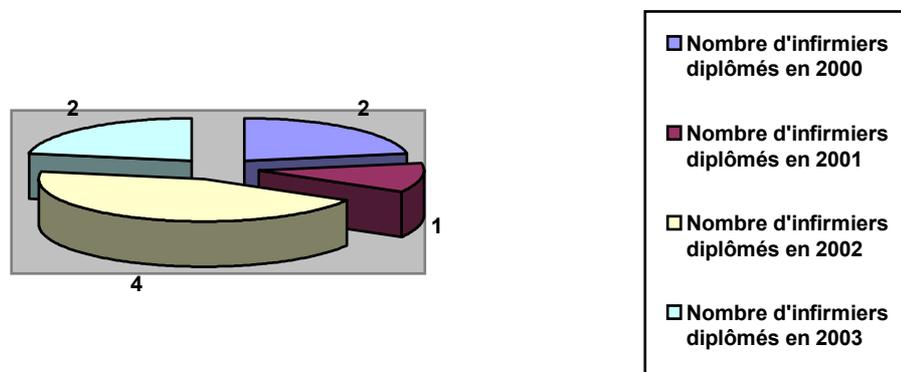
ANALYSE DES ENTRETIENS

I. Analyse quantitative

Partie I : Identification des interrogés.

Dans cette première partie, il semble intéressant de mieux connaître le public qui a eu l'amabilité de répondre aux questions. Nous allons donc, tout d'abord, voir la répartition numérique des soignants en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme d'état.

Représentation du nombre d'infirmiers diplômés par année

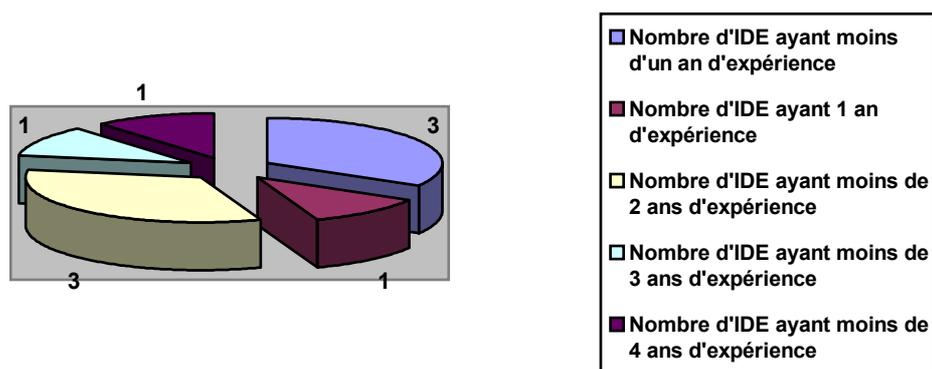


A partir de ce camembert, les données suivantes sont observées :

- Deux infirmiers sur neuf ont obtenu leur diplôme d'état en 2000.
- Un infirmier sur neuf a obtenu son diplôme d'état en 2001.
- Quatre infirmiers sur neuf ont obtenu leur diplôme d'état en 2002.
- Deux infirmiers sur neuf ont obtenu leur diplôme d'état en 2003.

Nous allons maintenant observer l'expérience acquise par les infirmiers dans le service de réanimation dans lequel ils évoluent actuellement.

Représentation de l'expérience des infirmiers dans leur service de réanimation.



Il est ici important de noter que l'expérience n'est pas calculée en fonction de la date d'obtention du diplôme mais bien depuis la date d'arrivée dans le service.

- Trois infirmiers sur neuf ont moins d'un an d'expérience dans leur service de réanimation.
- Un infirmier sur neuf exerce depuis un an dans son service de réanimation.
- Trois infirmiers sur neuf ont moins de deux ans d'expérience dans leur service de réanimation.
- Un infirmier sur neuf a moins de trois ans d'expérience dans son service de réanimation.
- Un infirmier sur neuf a moins de quatre ans d'expérience dans son service de réanimation.

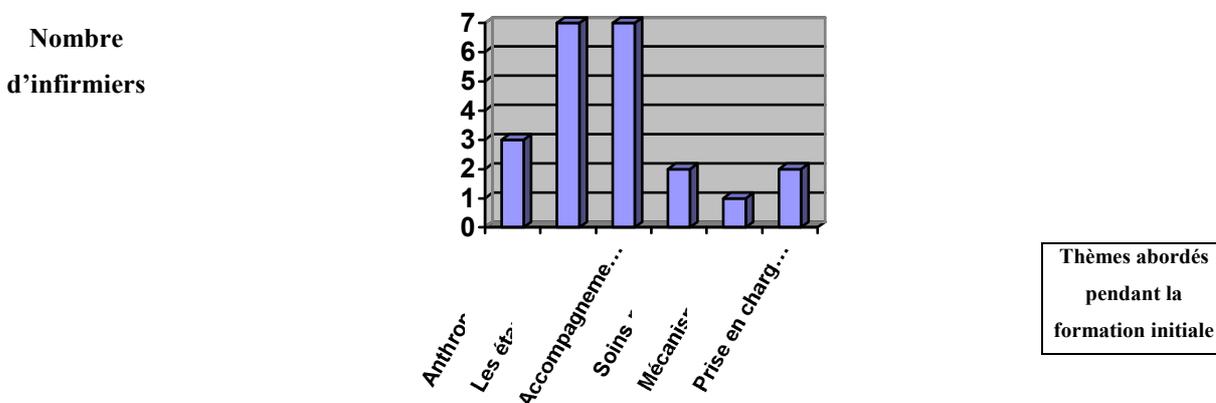
Partie II : La formation initiale reçue sur la mort et le deuil

Nous nous sommes ensuite interrogés sur la formation qu'avait pu recevoir chaque infirmier et sur les thèmes qu'ils ont pu aborder pendant leur formation initiale.

Une infirmière n'a reçu aucun apport durant sa formation sur la mort ou le deuil. Seul, un moment prévu pour évoquer les stages effectués permettait aux étudiants de verbaliser face à leurs cadres formateurs, leur ressenti face à la mort de leurs patients.

Huit infirmiers ont, quant à eux, reçu une formation ayant attrait à la mort ou au deuil. Chacun a pu alors aborder différents thèmes en rapport avec ceux-ci.

Représentation des thèmes abordés pendant la formation initiale des infirmiers



D'après l'histogramme suivant, nous pouvons noter que :

- Trois infirmiers sur huit ont eu un apport sur l'anthropologie et les différentes religions face à la mort.
- Sept infirmiers sur huit ont eu un apport sur les différentes étapes du deuil.
- Sept infirmiers sur huit ont eu un apport sur l'accompagnement et la fin de vie.
- Deux infirmiers sur huit ont eu un apport sur les soins palliatifs.
- Un infirmier sur huit a eu un apport sur les différents mécanismes de défense.
- Deux infirmiers sur huit ont eu un apport sur la prise en charge administrative et la toilette mortuaire.

Il nous a ensuite paru judicieux de savoir si cette formation pouvait apporter un soutien aux soignants dans la gestion répétée de décès.

Une infirmière ne peut se prononcer sur la pertinence de sa formation puisqu'elle n'en a pas reçue.

Les huit infirmiers qui l'ont reçue en perçoivent plus ou moins l'intérêt dans la gestion de décès répétés. Cependant, il est intéressant et important de noter que pour tous les infirmiers, l'expérience joue également un rôle très important dans la gestion de ces deuils. Ils trouvent que leurs formations ne leur ont apporté aucune aide dans la gestion des décès. Un infirmier nous dit que sa formation a eu un intérêt pour aider et accompagner les familles, mais qu'elle est totalement inutile pour l'accompagnement du soignant. Un autre nous exprime la différence qu'il a pu observer entre le fait d'être étudiant et celui d'être professionnel. Il explique alors la difficulté à mettre en place ce qu'il a appris et pointe également son manque d'expérience (5 mois) pour soulager ses souffrances face à la mort et au stress lié au service. Enfin, pour un dernier, la formation permet de comprendre les mécanismes du deuil mais ne facilite pas leur prise en charge.

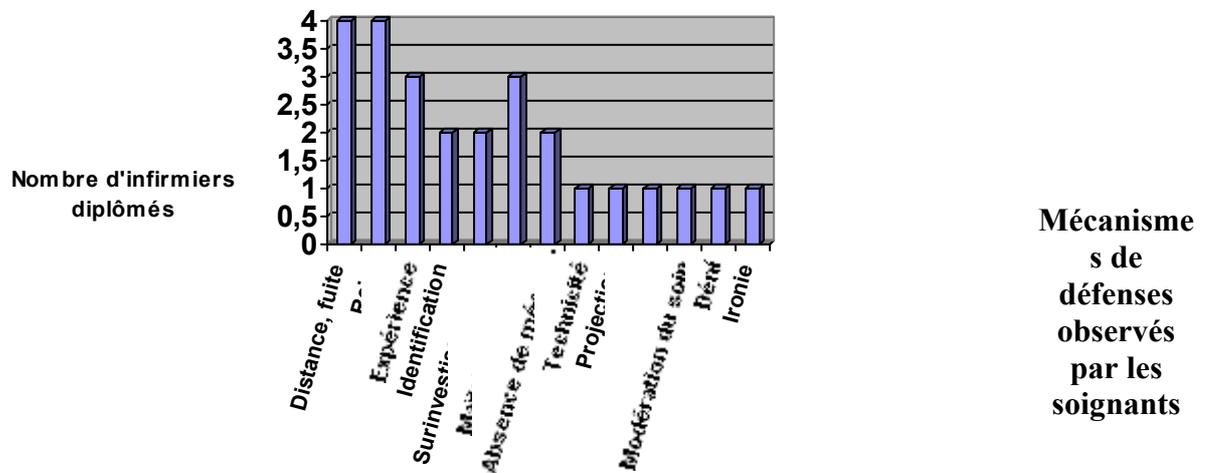
La formation semble alors faciliter ou du moins alléger une relation qui pourrait être complexe lors de la fin de vie, avec le patient, tout comme sa famille. Néanmoins, celle-ci ne facilite, ni ne diminue la souffrance du soignant face à la mort de patients plus ou moins investis.

Parti III : Les connaissances sur les mécanismes de défense.

Avant de savoir si les infirmiers utilisent des mécanismes de défense, nous avons cherché à savoir quels mécanismes ils avaient pu observer depuis leurs études jusqu'à maintenant.

Ceux pouvant être observés par les infirmiers confrontés à des deuils répétés sont répertoriés dans l'histogramme suivant (un infirmier pouvant donner plusieurs réponses) :

Représentation des différents mécanismes de défense observés par les soignants



L'histogramme permet d'écrire que :

- Quatre infirmiers sur neuf ont observé comme mécanisme de défense la fuite et la mise en place de distance.
- Quatre infirmiers sur neuf ont pu observer le rejet du patient par les soignants.
- Trois infirmiers sur neuf ont observé que l'expérience est un mécanisme de défense.
- Deux infirmiers sur neuf disent avoir vu une identification des soignants aux patients.
- Deux infirmiers sur neuf ont pu observer un surinvestissement envers le patient.
- Trois infirmiers sur neuf ont observé la maîtrise du patient, c'est-à-dire que les soignants cherchent à « maîtriser » le soin en limitant la relation au soigné.

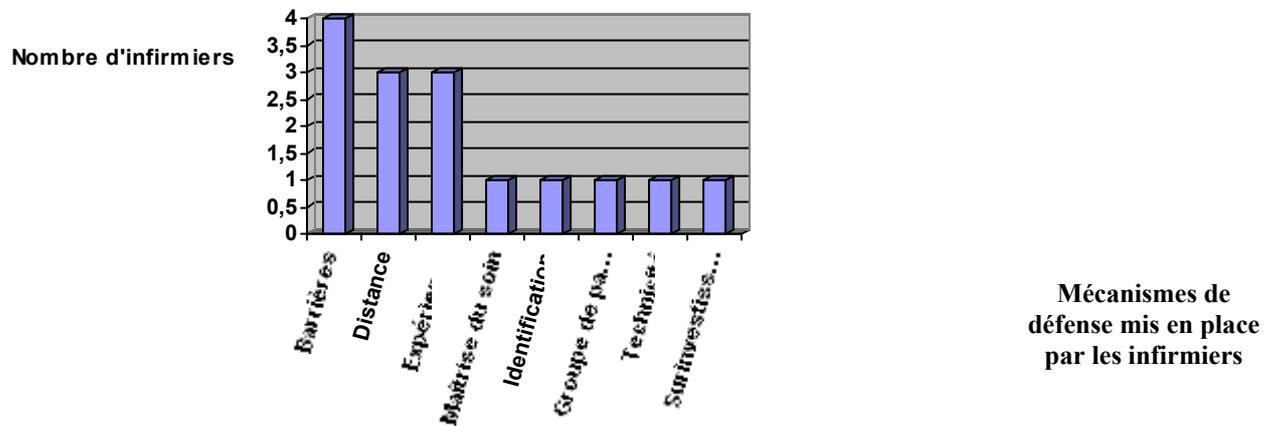
- Deux infirmiers sur neuf ont constaté qu'il pouvait y avoir une absence de mécanisme de défense et que la souffrance du soignant pouvait alors apparaître.
- Un infirmier sur neuf a pu observer un intérêt plus important pour la technicité, plutôt que pour le relationnel envers un patient en fin de vie.
- Un infirmier sur neuf a observé la mise en place de barrières de la part des soignants pour limiter la relation et de ce fait la souffrance.
- Un infirmier sur neuf a observé comme mécanisme la projection, c'est-à-dire que le soignant se compare à son patient, donnant à cette relation un sens plus personnel.
- Un infirmier sur neuf a observé du déni de la part de ses collègues, qui refusent de croire en la maladie et en la fin de vie.
- Un infirmier sur neuf a pu observer de la modération dans les soins. Le soignant ferait alors le minimum dans les soins et dans le relationnel pour limiter la souffrance.
- Un infirmier sur neuf a observé de l'ironie, mais principalement après le décès du patient et non pas pendant la fin de vie.

Nous avons ensuite voulu savoir si les soignants utilisaient ou non des mécanismes de défense.

Un infirmier dit ne pas utiliser de mécanisme de défense particulier.

Huit infirmiers déclarent utiliser un ou plusieurs mécanismes de défense qu'ils ont pu ou non citer ci-dessus.

Représentation des mécanismes de défense mis en place par les soignants



L'histogramme donne les observations suivantes :

- Quatre infirmiers sur huit ont mis en place des barrières pour se protéger des risques de souffrance.
- Trois infirmiers sur huit ont mis en place une distance avec leur patient, sans pour autant fuir devant le patient.
- Trois infirmiers sur huit misent beaucoup sur leur expérience pour faciliter la relation à l'autre.
- Un infirmier sur huit est dans la maîtrise du soin.
- Un infirmier sur huit s'identifie à ses patients car en les investissant il lui semble plus facile d'accepter la mort.
- Un infirmier sur huit profite de paroles informelles avec ses collègues pour soulager ses souffrances.
- Un infirmier sur huit se base principalement sur la technicité pour ne plus considérer le corps que comme un objet.
- Un infirmier sur huit est dans le surinvestissement des patients pour ne pas souffrir.

En fonction de l'attitude et des mécanismes de défense de chacun, il fallait alors savoir si la mort pouvait générer ou non une difficulté pour les soignants.

Quatre infirmiers disent ne pas ressentir de difficulté à la gestion des décès de leurs patients. En effet, certains pensent que la mort est une étape de la vie et qu'elle doit être vécue comme telle, en fonction de l'expérience, de la personnalité et du vécu de chacun. D'autres

disent ne pas être gênés par ces deuils mais expriment la difficulté de certains de ceux-ci dans la gestion et l'attitude à adopter en fonction des familles et de leurs croyances. Il est toutefois dit que la gêne est susceptible d'évoluer avec l'expérience et de multiples rencontres avec la mort.

Cinq infirmiers quant à eux, disent avoir des difficultés à gérer les décès de leurs patients. Ils expriment, le plus souvent, des difficultés lorsque le patient est jeune ou lorsqu'ils connaissent, ou ont appris à connaître des membres de la famille. La difficulté est aussi présente lorsque le patient n'a pas été intubé/ventilé depuis le début de l'hospitalisation et qu'une relation a pu être établie. Il y a toujours une gêne à accepter la disparition d'un être humain. Le fait de le voir partir ne signifie pas qu'il soit vite oublié. Le malaise peut être également généré par la multiplicité des décès en une période assez brève dans le service. Le poids des familles peut être difficile à supporter, surtout si des reproches sont faits envers le soignant. Une phrase clef a été citée pendant l'entretien : « *Certains patients marquent et fragilisent le soignant.* »

Dans la supposition qu'une gêne pouvait apparaître, une question nous permettait de savoir si l'expérience et la formation continue pouvaient avoir un « poids » dans la prise en charge du patient en fin de vie.

Pour l'ensemble des personnes interrogées, l'expérience est une part importante, dans la prise en charge de patient en fin de vie et plus particulièrement pour la prise en charge de la famille, en difficulté par rapport à celle-ci.

Trois infirmiers ne voient pas l'intérêt d'une formation continue sur la mort, le deuil ou encore la prise en charge des familles et des patients en fin de vie, considérant la connaissance de soi et l'expérience comme primordiale dans cette prise en charge.

Pour les infirmiers qui jugent la formation continue comme nécessaire, il est dit qu'elle ne doit pas apporter de réponses toutes faites mais plutôt des actions à mettre en place pour faciliter cette période particulière de la vie. On peut noter comme formation jugée intéressante par les professionnels, les suivantes (un infirmier pouvant donner plusieurs réponses) :

Représentation des volontés de formation des infirmiers de réanimation



Les volontés exprimées permettent d'écrire que :

- Deux infirmiers sur neuf souhaiteraient avoir une formation continue sur l'accompagnement des patients en fin de vie.
- Trois infirmiers sur neuf souhaiteraient avoir une formation continue sur l'accompagnement des familles de patients en fin de vie.
- Deux infirmiers sur neuf souhaiteraient une formation sur les soins palliatifs.
- Trois infirmiers sur neuf souhaiteraient voir s'établir des staff de soins palliatifs au sein de leurs équipes.
- Un infirmier sur neuf souhaiterait une formation pour savoir que dire face à cette situation.
- Un infirmier sur neuf souhaiterait apprendre à gérer les décès de ses patients.

Partie IV : Le soignant et l'épuisement professionnel.

Afin de mieux appréhender les connaissances de chacun face au burn out, nous leur avons demandé de citer des signes qui selon eux sont significatifs de l'épuisement professionnel.

Il a été ici demandé aux soignants s'ils connaissaient les signes de l'épuisement professionnel. Il nous a alors été cité les signes suivants (un infirmier pouvant donner plusieurs symptômes) :

- Absence d'envie de venir travailler

- Absentéisme

- Modification du comportement
- Retentissement sur le travail (rapidité, lenteur)
- Irritabilité, colère
- Troubles digestifs
- Difficulté et retentissement familial
- Somatisation
- Fatigue physique et morale
- Diminution des communications
- Stress, nervosité, angoisse
- Troubles du sommeil
- Douleur
- Surcharge de travail

Nous leur avons ensuite demandé s'ils étaient susceptibles d'en reconnaître les manifestations sur eux.

Cinq infirmiers seraient, selon eux, capables de reconnaître les signes sur eux.

Quatre infirmiers ne sont pas aussi catégoriques. En effet, ils pensent se connaître suffisamment pour savoir quand le burn out se déclenche, selon eux, lors d'une grande période entre deux congés. Ils pensent et disent également avoir assez de recul et d'esprit critique pour détecter les symptômes du syndrome. Néanmoins, ils espèrent qu'une personne proche, qu'elle soit de la famille ou de l'entourage professionnel, leur signifiera les modifications possibles de leur comportement et ainsi détecter le syndrome d'épuisement professionnel.

Nous avons également voulu savoir s'ils pensaient pouvoir en être les victimes.

Lorsque l'on demande aux soignants s'ils sont susceptibles d'être victimes du syndrome d'épuisement professionnel, les neuf répondent par l'affirmative, sans aucun doute.

Dans les raisons possibles de cet épuisement, ils citent :

- Le fait que cela peut arriver à n'importe qui, sans distinction d'ancienneté
- Les facteurs personnels¹⁵
- La pesanteur d'être jeune diplômé
- Le manque de vacances
- Les facteurs institutionnels¹⁴
- L'absence de parole dans l'équipe
- L'encadrement des étudiants
- Manque de temps pour l'accompagnement

¹⁴ On entend ici : Le fait d'être en petite ou grande semaine, la présence du personnel médical, le nombre de patient et leur pesanteur, le nombre de décès en une période, la charge de travail, le manque de matériel et de personnel, le stress du service.

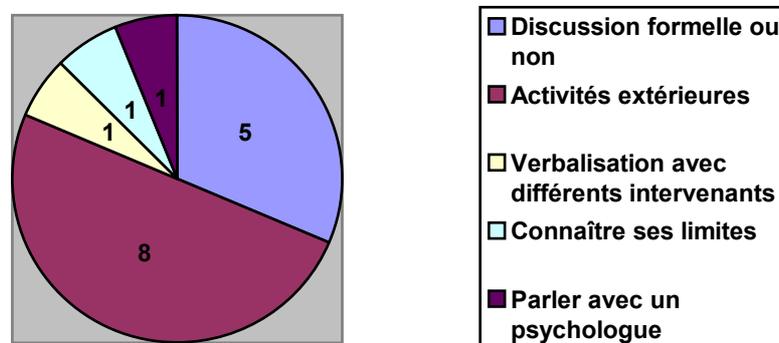
¹⁵ On entend ici : Les problèmes familiaux, la personnalité, le sentiment de pesanteur au domicile.

- Les problèmes d'éthique
- La perte de l'idéal

- Le regret du patient

Au fil des entretiens, les infirmiers donnaient d'eux mêmes des réponses possibles pour limiter le burn out. Celles-ci ont été répertoriées dans le diagramme suivant.

Représentation des mécanismes adoptés par les soignants pour limiter le burn out

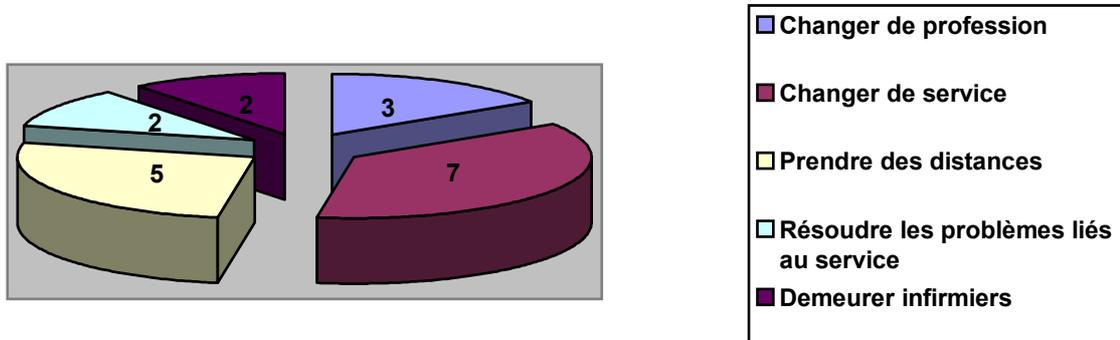


Les mécanismes observés permettent de dire que :

- Cinq infirmiers sur neuf discutent de manière formelle ou informelle avec les différents intervenants de l'équipe (médecins, infirmiers, étudiants, aide-soignant, psychologue ...).
- Huit infirmiers sur neuf pratiquent des activités extérieures (sport, sorties, lire) pour limiter l'apparition de l'épuisement professionnel.
- Un infirmier sur neuf ressent l'utilité de discuter avec un psychologue.
- Un infirmier sur neuf exprime l'importance de la verbalisation tant avec les professionnels de santé, tout comme des proches pour obtenir une reconnaissance.
- Un infirmier sur neuf exprime encore une fois l'importance de connaître ses limites.

Enfin, nous avons demandé aux soignants quelles seraient leurs réactions s'ils développaient un burn out. On obtient alors les réponses suivantes :

Représentation des désirs d'action des soignants en cas de burn out



Les désirs communiqués par les soignants permettent de dire que :

- Trois infirmiers sur neuf souhaiteraient le cas échéant changer de profession, tout en restant auprès des patients, dans un univers hospitalier.
- Sept infirmiers sur neuf changeraient de service.
- Cinq infirmiers sur neuf désireraient prendre des distances avec le service, pour se reposer et soulager leurs souffrances.
- Deux infirmiers sur neuf souhaiteraient modifier les défauts et les problèmes réels du service afin d'améliorer « l'ambiance » et de faciliter le travail en limitant l'épuisement.
- Deux infirmiers sur neuf voudraient rester infirmiers mais évolueraient dans différentes branches de la profession, telles que le libéral, l'humanitaire ou passer le diplôme d'infirmier anesthésiste.

II. Interprétation

Parti I : Identification des interrogés

Afin de correspondre au cadre de référence, nous nous sommes entretenus avec de jeunes diplômés, qui avaient, pour le plus ancien, moins de quatre ans de diplôme. Il est important de rappeler qu'il n'est pris en compte que la date d'arrivée dans le service de réanimation dans l'étude qui nous concerne.

Parti II : La formation initiale

Afin de savoir si la formation initiale pouvait faciliter la prise en charge du patient, nous avons demandé aux soignants quel en avait été le contenu. Chacun a alors reçu un apport différent. Il faut tout de même noter que, selon l'arrêté du 23 mars 1992, complété par celui du 28 septembre 2001, tout étudiant en soins infirmiers doit recevoir une formation sur la mort. Bien évidemment, il est laissé à la libre interprétation des IFSI l'apport nécessaire à ses étudiants. Les cours peuvent alors être différents en fonction du projet pédagogique de chaque école. Les demandes des étudiants peuvent également être prédominantes dans l'élaboration des cours dispensées par leur établissement. Néanmoins, ne peut-on pas se demander si les textes énonçant le programme des études ne devraient pas être plus clairs et détailler de manière plus précise les cours qui devraient être donnés par les IFSI, afin d'harmoniser les apports primaires ? Chaque école et chaque promotion d'étudiants pourraient alors, en fonction des demandes élaborées par ceux-ci approfondir des points qui seraient, selon eux, plus intéressants.

Lors de la discussion, nous nous sommes rendus compte que ces cours permettent de mieux comprendre, selon les infirmiers, les mécanismes mis en place par le patient, sa famille et par les soignants eux mêmes. Mais elle ne semble en rien faciliter la gestion des décès. En effet, il ressort des entretiens que l'expérience dans la prise en charge des fins de vie est prédominante pour chaque soignant. L'un d'eux nous dit que sa jeunesse dans la profession peut être un handicap. En effet, comment réagir lorsque son expérience face à la mort est minimaliste ? La théorie est certes très intéressante mais l'expérience demeure tout de même un point essentiel. Certes, chaque infirmier a des stages à effectuer qui le forme à sa future profession, mais la relation étudiant en soins infirmiers/soigné en fin de vie est différente de celle qu'entretient un diplômé avec ce même patient. L'un des sondés nous dit à ce propos : « *En tant qu'étudiant l'on est protégé par l'infirmier diplômé lorsqu'un patient décède.* »

D'après les dires de l'ensemble des soignants, nous sommes amenés à nous demander si leur formation face à la mort a été pertinente et si l'ensemble des représentations de la mort a pu être évoqué afin de faciliter l'acceptation de celle-ci dans les services.

Partie III : Les mécanismes de défense

Les mécanismes de défense sont des phénomènes inconscients qui permettent à chaque individu de se protéger par rapport à une situation considérée comme pathogène par le sujet.

C'est pourquoi, lorsque l'on demande aux soignants de citer ceux qu'ils auraient pu observer, plusieurs nous sont rapportés.

Nous avons vu précédemment que bon nombre d'infirmiers jugeaient la connaissance de soi comme primordiale. Se connaître signifierait alors savoir que l'on développe tels mécanismes. Certains peuvent être mis en place de manière plus ou moins consciente pour se protéger. La connaissance de ses limites peut alors être déterminante pour se protéger et éviter d'être en difficulté. Mais malgré ces mécanismes, cinq infirmiers se disent gênés par les décès répétés de leurs patients. Cela signifierait-il qu'ils ne connaissent suffisamment pas leurs limites ou qu'ils n'ont pas de mécanisme de défense ? Pas nécessairement, mais il est vrai que certains facteurs peuvent attrister le soignant. Une infirmière nous dit, en parlant d'une patiente : « *Elle avait le même âge que moi, nous sommes nées le même jour, c'était notre anniversaire. Elle, elle était dans son lit, en train de mourir et moi, bien vivante, je devais la soigner.* » Sans pour autant s'identifier au patient, il est vrai que chaque soignant peut être susceptible de souffrir et ce malgré une bonne connaissance de ses limites ou une expérience solide. La gêne semble être également très présente lorsque le patient n'a pas été intubé/ventilé dès son entrée dans le service. En effet, le fait de connaître la voix d'un patient semble aggraver le processus de deuil du soignant qui a pu créer une relation avec ce patient qui ne peut désormais plus communiquer. La difficulté apparaît dans l'essence même de la réanimation. Ces patients en fin de vie sont suppléés par des machines. Le corps humain devient alors un objet à maintenir. La réanimation est alors palliative à un organisme en train de mourir. D'où la difficulté pour un soignant qui décide d'évoluer en réanimation pour guérir les gens et peut-être aussi pour les sauver. Il s'agirait alors d'une perte de l'idéal qui pourrait encore marquer un peu plus l'épuisement professionnel. Chaque infirmier nous a dit qu'au moins un patient l'avait touché plus que les autres.

Néanmoins, certains infirmiers trouveraient nécessaire une formation continue. Et ce, pas nécessairement pour « *trouver des réponses toutes faites* » comme nous dit une infirmière, mais surtout pour adopter une attitude favorisant l'écoute et apprendre des moyens pour limiter sa propre souffrance.

La nécessité de parler est alors très présente. Il leur a sans doute semblé plus facile de nous parler de ce besoin car nous ne nous connaissions pas et que le sondeur ne portait pas de jugement sur ce qui pouvait être dit. La parole est alors plus aisée, la confession plus facile. Nous avons alors entendu différents cas qui pouvaient gêner, hanter, le soignant. Le fait que nous pouvions nous interroger sur une possible souffrance de leur part face à la fin de vie a peut-être permis de verbaliser des angoisses communes, laissant alors toute liberté aux professionnels de trouver des solutions possibles à leur besoin.

Partie IV : Le burn out

Lorsque le terme de burn out est prononcé, les réactions sont quasiment unanimes : rire et sourire gênés, moue, yeux levés au ciel. A chacun sa représentation et la connotation possible.

Nous sommes d'accord sur le fait que l'ensemble des infirmiers a des connaissances sur les signes types de l'épuisement professionnel tel que ceux décrits ultérieurement dans le cadre conceptuel.

Deux attitudes sont observables, ceux qui sont sûrs d'en reconnaître les signes et ceux qui émettent plus de réserve. Il semble tout de même intéressant de savoir que ceux qui s'estiment capables de les reconnaître ne sont pas pour autant les moins épuisés. En effet, bon nombre des étudiés étant sûrs de leurs connaissances sont à même de développer des symptômes dus à plusieurs facteurs. Il faut noter que des éléments significatifs sont mentionnés par les soignants comme facteurs déclenchants. Les éléments qui semblent alors déterminants sont l'absence de parole au sein de l'équipe qui ne permettrait pas de verbaliser la souffrance des soignants face à des situations plus ou moins complexes. Les facteurs institutionnels semblent tout aussi importants. En effet, la surcharge de travail et la répétition des décès dans un laps de temps souvent très limité ne facilite pas le deuil des soignants. Comment prendre alors pleinement en charge un patient lorsque les fins de vie sont multiples ? La fatigue du soignant liée à la pesanteur du service serait alors un possible facteur d'épuisement professionnel corrélé aux décès répétés ainsi qu'à une formation initiale limitée.

Dans la conversation et sans demande particulière du sondeur, l'ensemble des soignants a donné des réponses pour limiter cet épuisement. Le fait d'avoir des activités

extérieures semble très important pour les soignants. Elles servent alors d'exutoire et permettent comme nous dit un infirmier « *de se vider la tête* ». La demande de verbalisation est aussi très forte, qu'elle se fasse avec des psychologues, en équipe ou lors de réunions formelles ou non. Le manque de communication semble être alors primordial dans l'apparition du burn out. Certes, son apparition est multifactorielle et la mort semble être l'un d'eux.

Lorsque nous demandons aux infirmiers quelle serait leur attitude s'ils développaient un syndrome d'épuisement professionnel, nous obtenons un grand nombre de réponses. Parmi celles-ci, nous pouvons constater que la volonté de continuer dans un univers médical ou médicalisé est très présente. En effet, bon nombre d'infirmiers changeraient de service pour le limiter. Serait-ce alors un moyen de fuir les stress de la réanimation ou de fuir la multiplicité des décès ?

Il est encore plus intéressant de voir que d'autres souhaiteraient tout simplement prendre des distances, du temps pour se reposer et s'éloigner de toutes ces souffrances existant dans le milieu de la réanimation.

Au détour des conversations, nous avons appris que deux infirmiers avaient déjà été en épuisement professionnel dû à des décès répétés ainsi qu'une prise en charge qui, selon eux, aurait pu être plus adaptée. Un infirmier est, selon lui, actuellement en épuisement professionnel du fait de la lourdeur du service. Selon l'interviewer, deux infirmiers peuvent être en burn out d'après la grande souffrance qu'ils semblent véhiculer. Enfin, quatre infirmiers pourraient en être victimes si les difficultés continuaient de s'amonceler.

D'après l'ensemble de l'étude, l'épuisement professionnel est réel dans un service de réanimation. La mort et surtout les décès répétés sont bien des facteurs de ce burn out. Dans les réponses abordées, nous pouvons voir que la formation initiale reçue ne paraît pas totalement adaptée pour limiter la souffrance des soignants.

A partir de ces constatations et des réponses apportées par l'ensemble des infirmiers jeunes diplômés de réanimation, nous pouvons dire que la multiplicité des décès dans cette unité ainsi que la formation initiale peuvent favoriser leur épuisement professionnel.

CONCLUSION

Ce travail nous a permis d'observer des professionnels sur une question bien précise. En effet, nous parlons de plus en plus d'épuisement professionnel lié à notre pratique quotidienne. Nous savons que celui-ci est multifactoriel et nous avons démontré que la mort et surtout les décès répétés des patients, ainsi qu'une formation initiale limitée pouvaient être des éléments déterminants dans l'apparition de celui-ci. Pour montrer la souffrance ressentie par les infirmiers, nous pouvons citer une émission diffusée le 19 juin 2004 sur France 2, intitulée « Les documents santé ». En effet, selon celle-ci, 20 % des soignants évolueraient sous tranquillisants.

Nous n'avons pas essayé tout au long de l'étude de formuler de réponses précises. Mais, nous avons laissé les infirmiers mener une réflexion tout d'abord personnelle qui évoluera peut-être en une réflexion collective à l'ensemble du service. Nous avons vu que des réactions et des volontés étaient communes à différents soignants. Le changement de leur attitude professionnelle ainsi que l'évolution du service sont désormais entre leurs mains.

Mais nous savons également que chaque professionnel a un idéal. Quel idéal a-t-on lorsque nous évoluons en réanimation ? L'idéal de guérir, de soigner, mais pas l'idéal d'accompagner des patients en fin de vie.

Nous avons également appris au fil des entretiens, de par la réaction des soignants que l'épuisement professionnel semblait être un sujet tabou, tout comme peut l'être de nos jours la mort. Nous pouvons ainsi nous poser d'autres questions : « Est-il tabou d'être en épuisement professionnel lorsque nous sommes soignants ? », ou encore : « L'épuisement professionnel est-il un passage obligé pour des soignants évoluant dans tout type de services. »

Mais plusieurs autres sujets mériteraient également d'être étudiés. Nous pouvons encore citer : « la réanimation peut-elle favoriser une perte de l'idéal professionnel ? » Ou bien encore : « La réanimation, une autre unité palliative ».

ANNEXE I

Le Maslach Burnout Inventory

Le Maslach Burnout Inventory est une mesure qualitative de l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. Il faut alors répondre par « oui » ou « non » aux items suivants :

I. Fatigue émotionnelle

1. Je me sens émotionnellement fatigué(e) à cause de mon travail.
2. Je me sens épuisé(e) à la fin d'une journée de travail.
3. Je me sens déjà fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que je vois une nouvelle journée de travail.
4. Travailler toute la journée avec des gens me fatigue.
5. Je me sens usé(e) par mon travail.
6. Je me sens frustré(e) par mon travail.
7. J'ai le sentiment de travailler trop durement dans ma profession.
8. Le fait que mon travail me mette en contact direct avec d'autres personnes me stresse trop.
9. J'ai le sentiment d'être au bout de mon latin.

II. La dépersonnalisation

1. J'ai le sentiment de traiter certains patients comme s'il s'agissait d'objets.
2. Je suis devenu(e) plus indifférent(e) aux autres depuis que j'exerce.
3. Je crains que mon travail me rende moins compatissant(e).
4. Je ne suis vraiment pas intéressé(e) à ce qui arrive à certains patients.
5. J'ai le sentiment que certains patients ou leur famille me rendent responsable de certains de leurs problèmes.

III. La diminution de l'accomplissement personnel

1. Je comprends facilement ce que mes patients pensent de certaines questions.
2. Je traite avec succès leurs problèmes.
3. J'ai le sentiment d'influencer par mon travail la vie des autres.

4. Je me sens plein(e) d'énergie.
5. J'ai de la facilité à créer une atmosphère détendue.
6. Je me sens stimulé(e) lorsque je travaille en contact étroit avec mes patients.
7. J'ai atteint beaucoup d'objectifs valorisant dans mon travail.
8. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels avec sérénité.

Ce n'est pas la somme absolue de « oui ou de non » qui détermine l'existence d'un burn out mais « la charge vécue dans les différents domaines. »

Ce système d'évaluation ne permet pas de déterminer un décrit acquis de burn out, mais donne un éclairage sur la souffrance du soignant.

ANNEXE II

Les mécanismes de défense

Nous allons ici tenter d'expliciter les différents mécanismes de défenses inconscients observables chez des soignants.

Ces mécanismes décrits sont ceux mis en place par les soignants confrontés directement à la menace de mort dans les services pour diminuer leur souffrance. On observe donc :

- **La projection** : « le soignant attribue à son patient ses pensées propres et ses attitudes ». Il fait alors ce qu'il lui semble le plus juste, selon ses propres notions de valeur. Préférant parfois taire ce qu'il ne souhaiterait pas entendre.

- **La formation réactionnelle** : « consiste à rejeter sur quelqu'un ou sur un événement sa faute ou son impuissance ». C'est alors que l'on peut entendre la notion de « mauvais malade » lorsque les traitements tentés sur celui-ci sont inefficaces.

- **Le déni** : Permet aux soignants de rejeter inconsciemment quelque chose qu'ils ne veulent pas croire ou entendre.

- **L'isolation** : Dans cette phrase, on peut observer une distinction entre l'affectif et le non affectif. La relation se fait sans affect alors que dans d'autres circonstances il en serait tout autre.

- **L'humour** : Le rire serait un moyen de démontrer que malgré la présence de la mort la vie continue. Même si cela peut parfois être mal compris, il semble tout de même primordial au sein de l'hôpital pour montrer la présence de soignants.

- **Les actions contra-phobiques** : « Il s'agit de s'exposer directement à l'événement que l'on redoute ».

- **L'annulation** : « faire comme s'il ne s'était rien passé avec le patient ». Celui-ci bloque toute relation soignant/soigné car il existe un refus de la part du soignant de s'investir.

- **La rationalisation** : Le soignant cherche ici à raisonner le malade, limitant encore la relation soignant/soigné en limitant la place de la parole.

- **La sublimation** : Ce thème est proche de la rationalisation. Ici, le médecin cherche à obtenir des résultats abstraits ou à modifier le traitement.

- **Le clivage** : Le patient est considéré comme un objet. Le soignant ne parle plus du malade par son nom mais par sa pathologie ou ses résultats biologiques. Le patient en souffrance participe souvent à ce mécanisme en confortant le soignant en ne parlant que de fait physico-biologique.

- **L'identification** : est le mécanisme le plus courant. En cherchant trop à soulager le malade et en s'impliquant trop dans la relation soignant/soigné, l'infirmier peut être en souffrance plus aisément à son domicile tout comme sur son lieu d'exercice si le patient tend à aller moins bien.

ANNEXE III

Questionnaire de WORDEN

J. W. Worden a établi un questionnaire qui permettait aux soignants (médecins, aide-soignants, infirmiers ...) de mieux connaître leurs capacités face à la mort. Celui-ci fut établi à l'origine pour des soignants désirant évoluer dans des unités de soins palliatifs. Néanmoins, il serait intéressant pour tout soignant qui est confronté à la mort de le réaliser afin de « mieux se connaître. »

Le questionnaire se déroule ainsi :

1. La première mort dont je me souviens est celle de :
2. J'étais âgé(e) de :
3. Les sentiments dont je me souviens à ce moment là sont :
4. Les premières funérailles auxquelles j'ai assisté étaient celles de, elles se passaient en :
5. J'étais âgé(e) de :
6. Ce qui m'a le plus frappé(e) lors de cette expérience est :
7. Quelle est la personne que j'ai perdue le plus récemment (nom, qualités, circonstances) :
8. Comment ai-je fait face à cette mort ?
9. La perte la plus difficile pour moi a été celle de :
10. C'était difficile à cause de :
11. Parmi les personnes les plus importantes de ma vie actuellement, la mort la plus difficile à supporter serait celle de :
12. Ce serait dur parce que :
13. Ma réaction immédiate face à la perte est :
14. Je sais que j'ai surmonté mon chagrin quand :
15. Il me semble approprié de partager ma propre expérience de la perte d'un être cher avec un patient lorsque :

ANNEXE IV

Texte de loi

Il est ici question de l'arrêté du 23 mars 1992, complété par l'arrêté du 28 septembre 2001. Ces textes fixent les objectifs de la formation des étudiants en soins infirmiers. Ils établissent entre autre le programme de stages cliniques optionnels et obligatoires. Ils notent également l'ensemble de la formation théorique tant par les modules médico-chirurgicaux que les modules transversaux. En ce qui nous concerne, il faut prendre note du texte suivant :

L'étudiant en soins infirmiers retrouvera deux modules de sciences humaines comprenant :

- Introduction aux sciences humaines : définition et classification des sciences humaines, domaines d'application des sciences humaines, limites de « l'homme comme objet d'étude », notion de psychologie cognitive ...
- Principale discipline des sciences humaines : objet et définition, les principaux courants et concepts, les outils spécifiques.
- Application des sciences humaines à la santé et aux soins infirmiers : la santé, la maladie, le handicap, la vie, la mort, le normal et le pathologique ...
- Anthropologie et ethnologie : évolution de la vie et de l'homme dans ses dimensions biologiques, psychologiques et sociologiques, culture et phénomènes culturels, l'inné et l'acquis, mythes et croyances ...
- Psychologie et psychanalyse : développement affectif, intellectuel, psychomoteur et psychosocial de l'individu, le corps, la personnalité, les conduites et comportements, les différents modes de relations (sociale, éducative, coopérative, d'autorité)
- Sociologie et psychologie sociale : notion de groupe (famille, groupe de travail, institutions), dynamique de groupes restreints, dynamique de conflits, communication et réseaux de communication, responsabilité, autorité, techniques d'animation de groupe ...

ANNEXE V

Consignes de rédaction et de présentation du travail de fin d'études

I. Consignes d'impression et de forme

1.1 – Format

Le document est dactylographié sur papier, format A4 (21 X 29,7 cm), au recto uniquement.

1.2 – Marges

- Marge du haut : 3 cm
- Marge du bas : 3 cm
- Marge de gauche : 3 cm
- Marge de droite : 2 cm

1.3 – Police

La police de caractère est standard, Times new roman ou Arial par exemple et la taille est de 12 points, en bleu ou en noir pour le corps du texte. Il est conseillé d'éviter les polices difficilement lisibles.

1.4 – L'interligne

L'interligne est de 1,5 et l'alignement est « justifié ».

1.5 – La pagination

Le document est paginé entièrement en chiffres arabes. Il comprend 15 à 20 pages de l'introduction à la conclusion. Les schémas, histogrammes, tableaux et illustrations contenus dans le corps du texte ne sont pas comptabilisés dans le nombre de pages réglementaires.

1.6 – Les citations et références

Le lecteur est renvoyé en bibliographie lorsque l'on cite ou fait référence à des résultats ou des réflexions. Les citations sont écrites en italiques et mises entre guillemets. Utiliser la note de bas de page ou noter entre parenthèses dans le corps du texte la référence bibliographique.

1.7 – Les illustrations, schémas, graphiques

Ils ne sont pas comptabilisés dans le nombre de pages prévu par le texte même s'ils figurent dans le corps du texte. Ils comportent un titre et s'ils ne sont pas de la création de l'étudiant, la source citée.

II. Présentation formelle du T.F.E.

Première page : page de couverture

- Le titre
- Le nom patronymique, le prénom et le nom usuel de l'étudiant
- Travail de Fin d'Etudes – Diplôme d'Etat d'Infirmier
- La promotion de l'étudiant
- Le nom de l'IFSI

Deuxième page

- Note au lecteur : « **Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI (préciser le nom de l'IFSI) et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI.** »

Troisième page

- Présentation de remerciement, facultative, en accord avec les personnes citées.
- L'anonymat des lieux et des personnes enquêtées doit être respecté comme dans le corps du texte.

Quatrième page

- Sommaire avec repères de pagination.

Pages suivantes

Contenu du travail

Annexes

- Elles sont numérotées en chiffres romains, paginées, mentionnées dans le sommaire avec leur numéro et leur titre. Elles sont référencées dans le corps du texte.

La bibliographie

- Le classement respecte l'ordre alphabétique des auteurs.
- Ouvrages : Nom, prénom de l'auteur – Titre de l'ouvrage – Edition, collection, lieu de parution, année, nombre de pages.
- Revue et articles : Nom, prénom de l'auteur – Titre de l'article – Titre de la revue, numéro de la revue, date, pages de début et de fin de l'article.
- Documents non publiés : Nom, prénom de l'auteur – Titre du document – contexte dans lequel il a été écrit (rapport, mémoire, thèse...), institution où il a été écrit (école, université...), lieu, date, nombre de pages.
- Internet : Nom et prénom de l'auteur – Titre du document – référence du site, dates du document et d'actualisation du site, page de début et de fin de l'article, date de consultation (les étudiants doivent être mis en garde sur la fiabilité de certains sites et leur contenu.).
- Vidéo et Cd-rom : Nom, prénom de l'auteur (ou réalisateur ou metteur en scène) - Titre – producteur, année, durée.
- Textes législatifs et réglementaires : Classement par ordre chronologique de parution.

8. Cette phase est-elle facilitée par l'expérience ou une formation continue ?

9. Enumérez les signes d'un syndrome d'épuisement professionnel :

10. Seriez-vous capable d'en reconnaître sur vous les manifestations ?

oui non

11. Pensez-vous être susceptible d'en être la victime ?

oui non

Pourquoi ?

Question supplémentaire : Quels moyens utilisez-vous pour en limiter l'apparition ?

12. Quelle serait votre attitude face à l'épuisement professionnel ?

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages :

- Bacqué Marie-Frédérique : Deuils et santé
Edition Odile Jacob 1997, 207 pages
Edité à Mayenne

- Bacqué Marie-Frédérique et Hanus Michel : Que sais-je ? Le deuil
Edition PUF 2000, 127 pages
Edité à Vendôme

- Dauge Isabelle et Vericourt Guillemette : Les soins palliatifs
Edition les essentiels de Milan en 2000, 63 pages
Edité à Ligué

- Deymier Valérie : Soins palliatifs en équipe : le rôle infirmier
Edition UPSA en 2003, 181 pages
Edité à Poitiers

- Lucas Barbara : Infirmière aux portes de la mort
Edition Paris Fixot collection document en 1996, 198 pages
Edité à Paris

- Mauranges Aline : Manuel à l'usage des soignants : Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier
Publication de la MNH Janvier 2001, 163 pages
Edité à Paris

- Thomas Louis-Vincent : Que sais-je ? La mort
Edition PUF en 1988, 127 pages
Edité à Vendôme

- Vovelle Michel : L'heure du grand passage : Chronique de la mort

Edition Découvertes Gallimard en 1993, 160 pages

Edité à Paris

- Dictionnaire Maloine de l'infirmière

Edition 1996

- Guide de l'étudiant en soins infirmiers Edition 2003

Publication de la FNEI, 92 pages

Articles :

- Chalifour Jacques : L'infirmier face à ses deuils ... quelques éléments de réflexion

Dans Soins n° 622 de janvier/février 1998, pages 39 à 44

- Rispaïl Dominique : Parler de la mort en IFSI

Dans Soins cadres n° 37 de janvier/mars 2001, pages 54 à 56

- Tripiane et Lei : Les soignants face à la mort

Dans Soins infirmiers Krankenpflege de juin 1995, pages 9 à 14

Vidéo :

- Naudier Fabienne et Germain Gaëlle : Les documents santé

Produit par 17 juin production, France 2 et le centre national du cinéma

Fait en 2003 à Paris

Durée 60 minutes

- Roussopoulos Catherine : Mort des malades, souffrance des soignants

Produit par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

Fait en 1991 à Lyon

Durée : 30 minutes

Internet :

- Camana Christiana : La crise professionnelle des enseignants : des outils pour agir

www.criseprof.com

Edité en 2002, actualisation en cours

Consulté le 28 juin 2004

Textes législatifs et réglementaires :

- Arrêté du 23 mars 1992 complété par l'arrêté du 28 septembre 2001 fixant le programme des études conduisant au diplôme d'état d'infirmier.

