

PRÉVENIR L'USURE SOIGNANTE EN RENFORCANT LA PRATIQUE CLINIQUE ET RENFORCER LA PRATIQUE CLINIQUE EN PRÉVENANT L'USURE SOIGNANTE

Christine LOUBERT,
Infirmière Clinicienne
Service d'Hémodialyse
CH de VALENCIENNES



Exposées à une lourde symptomatologie physique et psychologique¹, les personnes vivant avec une insuffisance rénale chronique en traitement par dialyse représentent une population fragilisée et vulnérable. Pour les professionnels, il apparaît alors essentiel de proposer à ces personnes un accompagnement relationnel de qualité au long cours.

Cependant, ces soins relationnels s'inscrivent dans la durée, exposant ainsi ces mêmes professionnels à une usure qui peut prendre la forme d'un épuisement professionnel. Lacroix A. explique que « le cycle de burn-out est une dynamique perverse de la solitude, du sentiment d'impuissance à l'intérieur d'un groupe de professionnels, chaque individu croyant être le seul à vivre ces difficultés² ». Elle précise que l'exposition à ce risque « est souvent le cas pour des soignants qui sont (...) dans des situations monotones et répétitives telles que les maladies longue durée³ ».

Ainsi, le défi consiste à maintenir et à préserver la qualité des soins relationnels à destination du patient tout en prévenant l'usure chez les professionnels. Cette entreprise apparaît a priori complexe. Cependant, Cupa D. nous ouvre une voie intéressante en affirmant que « (...) dans un service de malades chroniques où la mort rôde et frappe souvent, si nous voulons tenir les uns, les autres, éviter de nous chroniciser, de nous décourager, l'espace de la recherche comme espace de reprise, de dégagement, est nécessaire.

Il ne fait pas qu'enrichir notre travail thérapeutique, il permet son maintien⁴ ». En complément, Boula J.G., nous offre une perspective intéressante affirmant que « l'épanouissement au travail c'est possible, grâce à une activité intellectuelle engagée. Celle-ci permet de donner un sens à ses activités dont l'effet bénéfique se retrouve dans la sphère privée⁵ ».

« Espace de la recherche », « activité intellectuelle engagée », c'est précisément sur ses principes que se veut l'ancrage de ce projet que nous vous présentons ci-dessous. Projet qui ambitionne de prévenir l'épuisement professionnel des soignants tout en développant la pratique clinique.

Constats – Genèse du projet - Hypothèse

2009-2010

Dans le cadre d'une formation de type « Certificat d'approfondissement à la démarche clinique infirmière », des infirmières réalisent des programmes d'étude et d'accompagnement de personnes en traitement par dialyse.

Les analyses réflexives qui en découlent font état d'un « manque relationnel », les personnes soignées l'évoquant en termes d'attitudes « réifiantes ».

En parallèle, le contexte de soin au sein de l'unité fait état d'une majoration de prises en charge complexes, mettant parfois le soignant en difficultés, l'exposant à un sentiment d'impuissance. L'absence de lieu et d'espaces de verbalisation ou de partages renforce ces difficultés, tout en l'exposant davantage à un « phénomène d'usure ».

L'équipe clinique émet alors l'hypothèse qu'un phénomène d'usure, présent au sein de l'unité, expliquerait ces attitudes de type « réifiantes » et que prévenir l'usure permettrait un retour à une haute qualité des soins relationnels.

Pour rappel, l'usure soignante est définie pour la première fois par Freudenberg H.J. sous la dénomination de « *syndrome d'épuisement professionnel des soignants* » (S.E.P.S).

L'organisation mondiale de la santé le définit comme « *un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail* ». Il se constitue de plusieurs phases que sont la « *fatigue affective au travail* », « *la déshumanisation à l'autre* », « *la diminution du sentiment d'accomplissement personnel* » associé à des symptômes physiques et psychologiques.

Fortes des constats initiaux associés à l'hypothèse émise, infirmier(e)s et aide-soignant(e)s « cliniciens » développent une forte volonté de mettre à profit leurs compétences en réinvestissant et en partageant les apports de leur formation. Maturé pendant presque une année, est né le « *Projet clinique* », démarche qualité ayant pour ambition de recentrer l'activité soignante, de manière coopérative et collective, au patient afin de se donner les moyens d'un épanouissement au travail dont la finalité serait une prise en charge qualitative du patient. L'ambition de ce projet repose donc sur le double objectif de :

- Promouvoir et déployer le prendre soin de la personne bénéficiant d'un traitement par hémodialyse.
- Lutter contre la « déshumanisation » soignante, facteur d'épuisement professionnel en s'appuyant sur les ressources internes institutionnelles.

Développement

2010-2011 - Enquête réalisée auprès de l'équipe au sein de l'unité de dialyse

Délimitation de l'enquête

Choix de la population : les cadres de santé, les infirmiers(ères), aide-soignant(e)s et les agents de service hospitalier attachés au service d'hémodialyse.

Le déroulement de l'enquête

- Utilisation et mise à disposition d'une échelle de mesure du burn out sous la forme d'un questionnaire « *Maslach burn inventory* » de Maslach et Jackson, (1981) sous sa forme francophone de Fontaine (1985).
- Distribution à l'équipe paramédicale en avril pendant trois semaines. Une urne mise à disposition du personnel dans le bureau I.D.E de chaque étage recueille les questionnaires renseignés. Une feuille d'émargement est fixée à l'urne.
- Dépouillement, recueil de données et analyse du questionnaire en mai. Analyse mixte : qualitative et quantitative.
- Communication à l'équipe, informée et conviée à une réunion en juin par le biais d'une affiche qui se trouvera dans les bureaux I.D.E et les salles de détente. Celle-ci aura pour ordre du jour d'exposer un compte-rendu de l'enquête et une information sur l'épuisement professionnel. L'analyse du questionnaire sera réalisée sous forme de statistiques.

Présentation de l'échelle de mesure « *Maslach Burn-out inventory* »

Utilisation d'une échelle de 22 items dont la fiabilité et la validité ont été statistiquement reconnues. La version francophone de Fontaine (1985) a été retenue. Les items relèvent d'une auto-évaluation sous forme d'expression de sentiments ou d'attitudes personnels dans le travail, par exemple : « *je me sens très énergique* » ou « *je me sens à bout à la fin d'une journée* ». Sont évalués trois sous-groupes présents dans l'échelle :

- 9 items pour l'épuisement émotionnel,
- 5 items pour la déshumanisation,
- 8 items pour l'accomplissement personnel.

Les scores obtenus relève d'une addition de chaque réponse aux différents sous groupes d'items. A été utilisé un tableau d'interprétation des scores donné par les auteurs.

Les difficultés rencontrées

De l'utilisation de l'échelle de mesure « *Maslach burn inventory* » :

- Nous avons noté quelques difficultés dans la compréhension et l'interprétation de certaines questions. Notamment, les expressions et termes : « *émotionnellement drainée* », « *brûlée* ».

De plus, il a été difficile pour certaines personnes de distinguer certaines questions qui présentaient des similitudes telles :

- Travailler chaque jour avec des gens, c'est vraiment un fardeau pour moi

- Travailler directement avec des gens me stresse beaucoup

Ou encore :

- Je me sens brûlé(e) par rapport à mon travail
 - Je me sens frustré(e) par mon travail
- C'est pour cette raison que l'échelle a été personnellement distribuée avec des explications en regard.

Les résultats suite à l'enquête

Avec un taux de participation de 86% et un taux de réponses exploitables de 98,5%, l'analyse des trois composantes a été réalisée.

Nous avons été interpellés par la représentation significative du phénomène de « *dépersonnalisation/déshumanisation* » avec 10% des professionnels s'inscrivant dans une attitude « *réifiante* », 34% d'entre eux se situant dans une étape intermédiaire et 56% des professionnels travaillant en empathie.

Juin 2010 - Quatre hypothèses d'actions d'amélioration se déclinent en quatre groupes de travail :

Faisant suite à ces résultats, infirmiers(ères) et aide-soignant(e)s formé(e)s à l'approfondissement clinique proposent alors un projet, fruit de leur réflexion, constitué de quatre hypothèses.

H1. Une conception des soins commune patient/équipe en hémodialyse

Socle de nos valeurs professionnelles, patients et équipe travaillent la formalisation d'une conception de soin en hémodialyse.

H2. Les synthèses cliniques

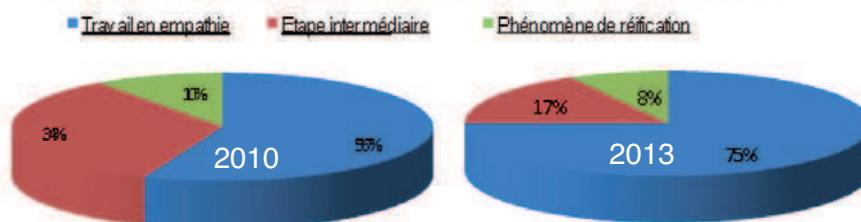
Face à une prise en soin difficile, réunir tous les acteurs gravitant autour du patient afin de multiplier les « *éclairages* », de croiser les regards permettant ainsi l'expression, favorisant la compréhension et la détermination d'objectifs de soins ensemble : voilà l'objet des synthèses cliniques.

Actuellement, sont proposées : la mise en place de réunions de supervision « *synthèse-patient* » bimensuelles afin « *d'instituer le « JE » comme instance d'activité intellectuelle engagée pour le développement d'une activité critique dans un espace public d'argumentation* », et, prévenant ainsi l'usure professionnelle.

H3. Les sensibilisations à la maladie chronique

Accompagner la personne soignée au long cours nécessite des références cliniques spécifiques : Néphrologues, psychologue clinicienne, infirmier(e)s et aide-soignant(e)s explorent trois

COMPOSANTE "DEPERSONNALISATION/DESHUMANISATION"



thématiques que sont « le vécu du patient », « le vécu du soignant » et « le positionnement professionnel ».

H4. Nourrir son savoir être et gestion de stress

Nourrir son savoir-être par la mise en place de trois actions de formation convergentes : « *Qu'est-ce que le stress ?* », « *Comment gérer son stress en situation de soin ?* », et « *Apprentissage d'exercices de relaxation* ». Les apports de ces formations présentent un intérêt professionnel personnel d'apprentissage mais aussi présente la possibilité d'un réinvestissement auprès de la personne soignée.

Résultats

Les réalisations

Les professionnels inscrits dans le groupe de travail « *Conception des soins* » ont réalisés celle-ci à partir d'un double recensement « *professionnels/patients* ». Les synthèses cliniques font désormais parties intégrantes de l'activité de soin et remplissent pleinement leurs objectifs de départ, générant une satisfaction des différents professionnels.

Le groupe « *Sensibilisation à la maladie chronique* » a réalisé un état de la littérature concernant les items « *Vécu du patient* » et « *Vécu du soignant* », appréhendant les concepts de deuil (K. Ross H., Lacroix A., Assal J.P., Poletti R.), de changement (Lewin K., Boula J.G.), de représentations, croyances et interprétations culturelles (Herzlich⁵) et aussi, de care (Watson⁶, Tronto⁷, Laugier⁸...).

Un travail de réflexion sur l'agressivité a été amorcé en partenariat avec un I.D.E clinicien travaillant en psychiatrie. Celui-ci a permis de définir l'agressivité et de réaliser des partages d'expériences. Par ailleurs, un travail de réflexion sur la « *maltraitance ordinaire*⁹ » a permis de recenser les actes de la maltraitance ordinaire pouvant figurer au sein de l'unité et a donné lieu à la réalisation de tournages de saynètes.

Enfin, nous avons procédé à une redéfinition et une clarification des concepts de sympathie, d'empathie, de respect et de sollicitude (E.Fiat¹⁰, P.Molinier¹¹, C.Dejours¹²).

Avril 2013 – Nouvelle enquête

Une nouvelle enquête auprès de l'équipe soignante a été réalisée pour laquelle nous avons utilisé la même méthodologie.

Un focus était porté sur la composante « dépersonnalisation/déshumanisation ».

Ces deux enquêtes mettent en évidence une évolution positive du « *travail en empathie* », passant de 56 à 75%. En parallèle, une diminution significative de l'étape intermédiaire, passant de 34 à 17%. Enfin, est à noter une baisse sensible du phénomène de réification.

Cette enquête a été couplée à une autre enquête réalisée auprès des personnes bénéficiant du traitement par dialyse. Un questionnaire de satisfaction de la qualité des soins relationnels leur a en effet été individuellement remis. Ce questionnaire a été réalisé par les membres du groupe « *Sensibilisation à la maladie chronique* » en s'appuyant sur les données conceptuelles inhérentes à au « *prendre soin* » (attributs du concept¹³).

Par ailleurs, il a été soumis à avis auprès de différents professionnels tels que médecin néphrologue, Chef de service ainsi qu'ingénieur qualité institutionnel, psychologue et équipe d'encadrement. Une méthodologie identique à celle utilisée pour les professionnels a été mise en place.

Ainsi, lors de la diffusion du questionnaire, les principes d'anonymat de liberté de participation ont été stipulés, et l'urne collectrice, spécifiée.

Un taux de participation de 86,6% a été notifié. Ce questionnaire proposait une première partie portant sur la connaissance globale de la personne et une seconde appréhendait la dimension d'accompagnement relationnel.

Divers items étaient abordés dont notamment celui de la satisfaction de la qualité des soins relationnels qui recueillait pour 73% des personnes le qualificatif « excellent » et pour 24% celui de « satisfaisant ».

Conclusion

Même si ce travail présente des limites en matière de méthodologie, il témoigne cependant d'une volonté de participation active des professionnels dans l'activité de soin.

Et, si l'on considère à nouveaux les propos de Mr Boula J.G., « *L'épanouissement au travail c'est possible, grâce à une activité intellectuelle engagée. Celle-ci permet de donner un sens à ses activités professionnelles dont l'effet bénéfique se retrouve dans*

la sphère privée », l'on appréhende d'autant mieux l'enjeu commun partagé pour le patient et pour le professionnel.

Ce pourquoi nous souhaitons pérenniser notre démarche tout en mettant l'accent sur le développement des « *synthèses cliniques* » et voir, peut-être envisager d'autres formes d'espaces de paroles telles que des « *séances d'analyses de pratiques* » ou encore « *des temps de supervision* ».

Ainsi, ce projet s'inscrit définitivement dans un processus dynamique, au carrefour de plusieurs grandes orientations institutionnelles puisqu'il est en lien avec le programme pluriannuel d'amélioration de la qualité des soins, le programme « *bienveillance* », ainsi que le développement durable, volet « *bien-être au travail* ».

Bibliographie

1. UNTAS, A., AGUIRREZABAL, M., CHAUVÉAU, P., LEGUEN, E., COMBE, C., RASCLE, N., (200), « *Anxiété et dépression en hémodialyse : Validation de l'Hospital Anxiety and Depression Scale* », E.Servier.
2. LACROIX, A., ASSAL, J.P., (2003), « *L'éducation thérapeutique des patients, nouvelles approches de la maladie chronique* », 2ème édition, Paris, Maloine, 2nde édition, 240p.
3. Cupa D., (2002), « *Psychologie en néphrologie* », Paris, Editions médicales et scientifiques, 150p.
4. BOULA, J.G. (1994) « *La problématique du plaisir* », Soins cadres, n°37, p. 65 à 68.
5. HERZLICH, C., « *SANTÉ ET MALADIE. Analyse d'une représentation sociale* », Paris : Editions de l'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1969.
6. HERZLICH C, ADAM P, (1994), « *Sociologie de la maladie et de la médecine* », Paris : Nathan - Université, Sociologie, JODELET D, (1989),
7. WATSON, J., (1998) « *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers* », traduction française sous la direction de Josiane Bonnet, Seli Arslam, Paris, 316p.
8. TRONTO J., (2009), « *Un monde vulnérable* », Editions La Découverte, 239p.
9. LAUGIER S., MOLINIER P., PAPERMAN P., (2009), « *Qu'est-ce que le Care ?* », Editions Payot, 302 p.
10. COMPAGNON, C., GHADI, V., (2009), « *La maltraitance "ordinaire" dans les établissements de santé, étude sur la base de témoignages* ».
11. Fiat E., Conférence « *Empathie, sympathie, respect* », Espace éthique, C.H Sainte-Anne, Paris, 2013.
12. Molinier P., (2009), « *Le soucis des autres* », Editions de l'E.H.E.S.S, 350 p.
13. C. Dejours, « *Travail, usure mentale* », Bayard, 1ère éd. 1980, 2000.
13. Jovic L., Formanier M., (2012), « *Les concepts en sciences infirmières, 2ème édition* », A.R.S.I, Editions Maillet conseil, 328p.