

“De la chronicité... à l'usure ?”



CH. AUSSENAC - Psychologue clinicienne - Hôpital Lapeyronie - 34 - MONTPELLIER

Des journées à thème “Doit-on encore souffrir en l'An 2000 ?” organisées par l'AFIDTN, à Carcassonne, les 5 et 6 juin 2000.

“De la chronicité... à l'usure ?” était la question posée comme sujet de réflexion aux stagiaires inscrits à cet atelier.

Les participants ayant chacune des deux journées l'opportunité de choisir de s'inscrire à l'un des cinq ateliers proposés à cette formation, c'est la dynamique de l'un et l'autre groupe qui fit la différence : personnalités brassées, lieux de travail distincts dans leur organisation, les questions et remarques suscitées par l'atelier différaient ; bien que prévale dans l'ensemble une impression de “déjà vu” ou de “refrain connu” (qui signe un aspect spécifique de la **chronicité** en question) à l'écoute des témoignages professionnels de toutes et tous ; d'ici et d'ailleurs (Belgique, Guadeloupe, Suisse, étaient en effet représentées parmi les participants).

Nous ferons trace ici au fil conducteur de cet atelier pour les deux journées successives¹.

Nous avons choisi d'articuler le temps de la journée autour de deux vidéo-films.

PREMIER TEMPS :

que nous dirons d'introduction - présentation, projection du premier film-vidéo : “*Je dialyse... tu dialyses...*”. **Conjugaison de la relation soignant-soigné dans l'univers de l'hémodialyse chronique**?

LA VIDÉO-CASSETTE SE PRÉSENTAIT AINSI

Ce que je ressens
Je suis seul à le ressentir
A part moi
Il n'est personne
Qui le connaisse

TANIZAKI poème

“(... ce n'est pas uniquement la fiole ou la boîte de cachets qui importent, mais la manière dont le médecin les prescrit à son

malade ; en fait, l'ensemble de l'atmosphère dans laquelle le médicament est donné et pris.)”

BALINT

Ce film est une visite au cœur d'une unité d'hémodialyse chronique : il a été pensé dans le but de transmettre quelques extraits, et seulement quelques extraits, de l'expérience des soignés et des soignants, de leur ressenti dans la relation qui se trame au cours d'une rencontre thérapeutique bien particulière : celle qu'occasionne le traitement par dialyse. Une rencontre de soins tant et tant de fois répétée au fil du temps. Chacun a donné de soi pour permettre à ce double témoignage de se réaliser.

Que toutes et tous en soient ici vraiment remerciés !

(Introduction voix off : Christine Aussenac, Psychologue, Unité HDC)

Présentation de l'unité d'hémodialyse chronique (Voix off : Brigitte Nuss, Cadre Infirmier, Unité HDC)

Ouverte en 1984, l'unité d'hémodialyse chronique du CHU de Montpellier est une petite structure de 8 postes de dialyse répartis en deux salles de 4 lits.

Nous accueillons de façon régulière dans notre unité, 32 patients ambulatoires en moyenne. En plus de cette activité programmée, qui représente 95 % de notre activité, nous assurons, dès qu'il y en a la possibilité, les séances de dialyse de patients venant de secteurs d'hospitalisation. En 1998, notre unité a réalisé 4813 séances de dialyse.

L'unité fonctionne de 6 heures du matin à 20 heures 30 le soir, tous les jours sauf le dimanche.

Notre population de patients dialysés a majoritairement plus de 60 ans, avec des extrêmes allant de 24 ans à 83 ans. Un quart de cette population a plus de 5 ans de dialyse dans notre unité, et la majorité

de nos patients présente de nombreuses pathologies associées.

Le personnel médical de l'unité est composé de deux médecins titulaires, qui partagent leur activité avec les soins intensifs de Néphrologie, et d'un médecin vacataire. L'unité bénéficie des compétences d'une diététicienne, d'une assistante sociale et d'une psychologue à mi-temps. L'équipe paramédicale se compose de 16 personnes : 10 infirmières dont deux à mi-temps, 5 aides-soignants et un cadre infirmier. Le personnel soignant est stable dans son ensemble puisque nous observons une moyenne d'ancienneté de 9 ans, tout personnel confondu, avec des extrêmes allant de 1 ans à 26 ans d'ancienneté.

La régularité du traitement par hémodialyse, parfois pour de nombreuses années, nous installe dans une relation “soignant-soigné” que j'ose qualifier de chronique comme la maladie qui nous lie aux patients.

Ainsi, l'unité d'hémodialyse est un creuset où la relation affective a tout loisir de se développer avec son cortège de satisfactions et de désagréments.

APERÇU DU FILM

Après un **tour d'horizon** dans les deux **salles d'hémodialyse** où les personnes dialysées nous disent comment elles y passent le temps (musique, lecture, sommeil...), chaque interlocuteur aborde par thème successif les difficultés récurrentes ou sources de conflits :

- les écarts de **poids** et les risques d'OAP ou taux de potassium augmenté...
- la **ponction** des voies d'abord : l'appréhension de la douleur...
- l'obligatoire **chronicité** et l'installation de la familiarité...
- l'attachement **affectif** : ses limites...
- faire **connaissance** : “*s'approprier c'est créer des liens...*” - St Exupéry

- menu plaisir : la collation servie pendant la séance...

Le choix des soignés comme celui des soignants qui interviennent dans le document vidéo a été dicté d'abord par les contraintes de tous ordres. Dans tous les cas il n'était pas question d'alourdir le temps passé dans le service, ni d'ajouter de la fatigue après une séance de dialyse ou de retarder l'horaire d'un branchement.

C'est Marcella (78 ans, DP puis HD depuis 3 ans) qui nous parle de sa dépression, provoquée par le fait de ne pas pouvoir arriver en dialyse avec le poids convenable requis pour elle et, surtout, d'en subir les remarques au moment de la pesée. Réflexions des soignants qu'elle ressent tellement vexantes qu'elle préfère qu'elles lui soient épargnées. Elle nous dit d'ailleurs se sentir "guérie" (elle en perdait jusqu'à la voix tant elle était "stressée" explique-t-elle) depuis que son souhait est respecté : aucune observation ne lui est faite à présent à ce sujet. Elle avoue honnêtement que les séances sont très pénibles lorsque trop de kilos sont à éliminer.

Jean (72 ans, HD depuis 4 ans), nous parle de l'OAP parce qu'il venait d'en faire la pénible expérience. Afin d'être ponctuel à son rendez-vous de dialyse qui suivait sa prestation pour la vidéo, il a opté pour lire le texte qu'il avait écrit à ce sujet.

Francis (40 ans, HD depuis 13 ans, greffé 2 fois), nous parle des voies d'abord, nombreuses et douloureuses dans son cas, parce qu'il revenait justement d'un déplacement à Paris pour la création d'une nouvelle fistule (la 5^{ème} fistule artérioveineuse pour lui).

René (76 ans, HD depuis 4 ans) dont le métier était médecin généraliste, parle lui aussi de l'aspect technique de la ponction de la fistule, et du fait qu'il a accepté de se sentir pris "au piège" de la dialyse parce que sans cela il allait "trépasser" : "sans la dialyse c'est la mort" observe-t-il.

Entendre l'ensemble des personnes dialysées témoigner de leur expérience eut été d'une extrême richesse mais n'était matériellement pas réalisable.

Du côté des infirmières et aides-soignantes, ont pu témoigner celles qui n'ont pu s'échapper pendant que les collègues s'occupaient de "leurs" patients, (Antinisca, Christiane, Josy, Justine, Louisette, Suzy), pour dire devant la caméra leur expérience de l'attachement, de la chronicité, de la découverte de l'hémodialyse...

Hélène parle de son expérience de médecin responsable de l'unité.

La sincérité et la spontanéité de ces différents entretiens nous fait regretter de ne pouvoir les donner à entendre dans leur intégralité (cf "les rushes") ce qui eut été aussi d'une grande richesse. Mais s'astreindre à un montage s'imposait à nous pour obtenir un film d'une durée de projection raisonnable.

Aucun d'entre nous n'était rompu à ce genre d'exercice : tous néophytes, mais les inhibitions se sont très vite estompées et c'est sans fard que chacun(e) a livré son expérience.

Il s'agissait, dans le cadre de notre atelier, de "camper le décor" au moyen de la projection de témoignages de soignants et de soignés exprimant leur ressenti³, filmés dans une unité d'HDC. De "camper le décor" et de nous permettre de caler notre démarche ("chronicité → usure?") sur des bases de références communes.

Notons d'emblée qu'une même remarque, dans l'atelier de la première journée comme dans celui de la deuxième, suivit la projection du film introductif. Remarque qui pourrait se résumer ainsi : "mais alors, c'est partout pareil ?!!!". Notons encore que les infirmières belges, lors de la formation de l'ORPADT, s'étaient elles-aussi étonnées de la même observation.

En revanche, ce qui fit par exemple différence, concerne le ressenti manifesté par les stagiaires en observant cette troublante parenté entre les phénomènes relatés, les propos tenus. Les uns déclarant "décourageant" cet état de faits, les autres jugeant plutôt "rassurantes" autant de similitudes entre les différents centres d'HDC.

Le ressenti de "découragement" expliqué par un : "mais alors il n'y a rien à faire... si

c'est caractéristique à ce point..." comme le constat d'une invariable indéradicable.

Le sentiment de "réassurance" (comme un encouragement donc) donné par le sentiment que : "Finalement nous ne faisons peut-être pas plus mal qu'ailleurs... nous ne sommes pas aussi "mauvais" que nous avons tendance à le croire..."

Processus de déculpabilisation obtenu au vu des difficultés incontestablement identiques, rencontrées par d'autres équipes dans d'autres centres.

Dans l'un des deux groupes ce phénomène fut illustré par la remarque d'une stagiaire incrédule après avoir vu le film. Elle provoqua un grand éclat de rire général en s'exclamant : "mais chez vous aussi ils font comme ça pour les glaçons ? Je croyais que c'était les nôtres qui avaient cette habitude !".

Le fou-rire (rappelons que le rire est la résolution d'une tension et un soulagement) déclenché par sa remarque signifiait bien que toutes les personnes réunies reconnaissent ce que leur collègue infirmière notait à propos de la demande (habituelle de la part des personnes en dialyse) de glaçons à l'aide-soignant(e) ou à l'infirmier(e) ; ou aux deux, tour à tour, pour essayer d'en avoir le double à l'insu du soignant.

DEUXIÈME TEMPS :

une fois repéré le terrain et les multiples figures de la chronicité, nous passions à l'objet même de l'atelier : la chronicité engage-t-elle l'usure ?

Avec pour support la projection du deuxième film-vidéo⁴, intitulé : "De la chronicité... à l'usure ?" et sous-titré : ou la souffrance des soignants⁵. Film-vidéo réalisé celui-ci dans le but de servir de trame, au fur et à mesure de la réflexion avec les stagiaires inscrits à notre atelier. Projeté par séquences, ces séquences suivant le déroulement du montage qui lui-même respectait l'exercice auquel le personnel d'HDC avait accepté de se prêter. Des soignants AS, IDE, médecins, cadre IDE, sous l'œil de la caméra, sont invités à :

- dire leur définition personnelle de ce que l'on pourrait appeler usure pour un soignant en HDC
- donner un ou des exemples rencontrés au quotidien qui pourraient illustrer ce ressenti

- proposer leurs "remèdes" pour ne pas s'y enliser.

APERÇU DU FILM

S'il est convenu de parler de la "souffrance" des soignants - ou du "burn out" anglo-saxon, terme chez nous peu traduisible - de la citer communément depuis plusieurs années maintenant : il n'est pas aisé de tenter de la définir - hors des sentiers de la cancérologie et des soins dits palliatifs, où la mort impose la direction de la réflexion.

Qu'en est-il par exemple dans un service d'hémodialyse chronique ? Ou plus généralement pour des soignants occupés par des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique ?

Sans oublier notre généreux réalisateur technique, Georges Daprès qui fait exister ce film, remercions les soignantes qui se sont en toute simplicité, au réel pied levé, prêtées à l'exercice. Dans le but cette fois de se risquer à un "enseignement" pour leurs collègues inscrits et inscrites à une formation psychologique de l'AFIDTN intitulée "**Doit-on encore souffrir en l'an 2000 ?**"

Texte introductif - en voix off sur images : Christine Aussenac

CHAPITRE 1

"Usure ? Vous avez dit usure ?"

"Il y a un seul discours qui tienne sur la souffrance, celui de la personne qui l'éprouve".

J. CLAVREUL
(L'ordre médical, Seuil, 1978)

Des soignantes tentent de définir l'usure
Brigitte - Cadre IDE

Claudine - AS

Jeanne - IDE

Josy - IDE

Hélène - Médecin

Marie-Dominique - IDE

Marlène - IDE

Martine - IDE

CHAPITRE 2

"D'habitude..."

"Tout s'écoule, tu ne te baigneras jamais deux fois dans la même eau du fleuve" -

HÉRACLITE

Les soignantes parlent des "habitudes" des patients, de la chronicité, de la répétition, de la durée.

CHAPITRE 3

"Il était une fois..."

Les soignantes disent leur expérience en HDC (nombre d'années) et comparent les méthodes. Elles analysent l'impact de ces différences sur le comportement des patients (appropriation plus importante de leur traitement "à l'époque" : les techniques moins sophistiquées impliquant une plus grande responsabilisation du malade observent-elles).

CHAPITRE 4

"Regain... ressources"

Les soignantes disent leurs capacités à se ressaisir, énumèrent les possibilités auxquelles elles ont recours.

CHAPITRE 5

"Il y a cadre..."

Il est question ici de l'importance de la fonction du cadre infirmier pour une équipe.

CHAPITRE 6

"...et cadre"

La prise en compte de l'environnement tant au sein de l'unité (les locaux) qu'à l'extérieur (la vie...) est enfin mise en valeur.

Si nous devons faire en quelques points la synthèse de l'atelier conjugué aux témoignages filmés.

RECHERCHE D'UNE DÉFINITION

"L'USURE" :

si c'est le terme qui convient bien pour certaines, d'autres parlent plutôt de "découragement", "de perte de motivation", "de fatigue", "d'ennui", "de démobilisation". Alors que d'autres encore refusent le mot usure qui leur paraît ne pas traduire justement ce qu'elles éprouvent.

Écoutons le point de vue "positif" (versant intéressant de la réflexion menée) d'une IDE qui nous fit part de son idée de l'usure :

En s'aidant de la comparaison classique avec la trame d'un vêtement usé, elle nous fit remarquer que c'est dans ce vieux vêtement "usé jusqu'à la trame" que l'on se sent bel et bien le mieux quand on l'enfile. Celui que l'on ne peut pas jeter (ou dont on hésite à se débarrasser) tant il est confortable et si parfaitement ajusté que l'on n'en ressent plus que le bien-être incomparable. Il peut même être le plus

efficacement chaud (clin d'oeil amusé à l'image des "charentaises"...) remarquait-elle enfin.

Mise en valeur, à travers ce regard, d'une facette de "l'usure" qui nous enseigne qu'entre érosion et patine, l'œuvre du temps n'est peut-être pas seulement nocive...

Ce qui entraîne "l'usure" ?

- La répétition des gestes infirmiers mais, **surtout**, des comportements et des propos des soignés ; à l'arrivée en dialyse par exemple face au constat de la prise de poids, le classique : "pourtant, je n'ai pas bu".
- L'indifférence apparente des patients dans la non-observance des astreintes liées à leur traitement. D'où découle,
- Le sentiment de répéter "pour rien" qui alourdit la tâche infirmière.
- L'impression, parfois le constat, d'une parole infirmière non entendue ; ou non prise en compte par le personnel médical et/ou administratif.
- Plus rarement, une ambiance peu stimulante entre collègues (différends personnels ou professionnels)
- "Il ne se passe rien"... "C'est toujours pareil" : ressenti survenant lorsqu'aucune dynamique n'inscrit le soignant dans telle ou telle démarche (formations, recherche, travaux IDE, dossiers...).

LES SYMPTÔMES

ou manifestations de l'usure au quotidien : "plus envie de venir travailler", "moindre investissement auprès des malades", "irritation et perte de patience à l'égard des malades", "appréhension pour venir", "idées de demandes de mutation". Demandes franches de mutations, quasi-dépressions, dépressions, arrêts-maladie, fatigue anormale ; activités compulsives à l'extérieur "pour se défouler"...

LES "REMÈDES" :

l'intérêt avivé par la dynamique de l'équipe ; la participation aux essais cliniques, à la recherche, le rôle éducatif de l'IDE, les formations.

POINTS CLÉS

(comme palliatifs ou, mieux, prophylaxie de "l'usure") :

- Le rôle du **cadre**, pour créer et entretenir une **dynamique de groupe** stimulant est souligné - certains des participants qui connaissent ou ont connu des unités d'HDC où l'on travaille sans cadre infir-

mier, témoignent du manque que cela représente pour le fonctionnement (et le rendement) optimal d'une équipe de soins.

- **Les temps réservés** aux rencontres interdisciplinaires (réunion hebdomadaire, ou autres formes de rencontres pour parler des patients, de la pratique, de ce qui se passe dans l'unité...) sont appréciés, ou espérés, comme possibilités d'échange (meilleure compréhension des prescriptions, des décisions... ; plus grande harmonie entre les soignants ; sens du soin retrouvé...).

- **La participation** effective à ces rencontres des **médecins** responsables de l'unité est réclamée par l'ensemble. Le **médecin**-prescripteur, référent et pour les soignés et pour les soignants de l'unité, est l'un des "**leader**" légitimement attendu par les équipes paramédicales. Mais, observent les paramédicaux, "ils sont très pris ailleurs" et, le plus souvent, absents des moments de réunions où ils manquent aux équipes pour des mises au point et/ou des prises de décisions.

- **La parole infirmière** est-elle bien prise en compte s'interrogent alors les soignants ?

- A ce sujet, la prise en compte de la parole des soignants, une IDE nous relate une expérience de "groupe de parole" avec un psychothérapeute, à l'extérieur de leur hôpital. Groupe de parole où se rend régulièrement l'équipe paramédicale (les médecins n'y participent pas précise-t-on) pour parler du travail dans l'unité et des difficultés des uns et des autres.

Leur démarche est prise en charge, et en compte, par l'administration hospitalière (rémunération du psychothérapeute). C'est-à-dire qu'il s'agit dans cette expérience d'un travail **reconnu par l'institution**. Aspect essentiel dans ce domaine.

- Des rapports de respect, confiance et **estime** entre soignants toutes qualifications confondues, sont espérés par l'ensemble également ; la question du "**climat relationnel**" ayant l'importance que l'on sait dans le **milieu professionnel** ; climat d'autant plus mis en valeur dans les lieux de chronicité où les rencontres soignants-soignés, soignants-soignants peuvent se répéter sur des années ; où les sentiments sont mis à l'épreuve de la **durée**.

- **Les temps partiels** sont recommandés par celles qui les ont adoptés (c'est-à-dire par les personnes qui ont pu, matériellement, y prétendre) pour un bien-être professionnel et personnel retrouvés : l'avis sur ce point est unanime !

AVANT DE NOUS SÉPARER

Doit-on encore souffrir en l'an 2000 ? interrogeaient ces Journées de l'AFIDTN. Voici deux témoignages, de patients cette fois, écrits⁶ pour tenter de définir douleur et/ou souffrance, d'en exprimer l'éprouvé. Textes qui ont clos⁷ notre atelier :

Maria, traitée pour un lymphome et autogreffée dans le service d'Hématologie et Oncologie Médicale, vit en Italie où elle est née ; elle a aujourd'hui 36 ans. Elle écrit :

"La Douleur et la Souffrance sont les synonymes d'un mal terrible qui te détruit le corps avant de te tuer. Etre malade de cancer est une condition de vie horrible, avoir ce mal dans le sang est encore pire parce qu'il circule dans ton corps partout, comme un monstre devenu fou.

Quand j'ai appris être très malade, j'ai mis de côté ma vie et j'ai commencé une guerre. Une guerre physique et en même temps une guerre spirituelle. Mon corps a été torturé par la chimio et la radiothérapie, mon esprit a été bouleversé par les dialogues avec le mal. La différence entre la douleur et la souffrance ? C'est difficile à saisir.

La première est physique, la deuxième est physique et morale. Les traitements pour détruire les cellules malades provoquent des effets secondaires très douloureux, mais se plonger dans le vide et le néant d'une mort annoncée est encore pire, c'est la souffrance. La douleur ? Mon corps brûlé par la radiothérapie, empoisonné par la chimio.

La souffrance ? Les autres qui ne comprennent pas, la famille trop faible pour m'épauler comme il faut, les amours qui font naufrage dans une mer de solitude et de cellules cancéreuses, la peur de la mort, la rage d'être malade, le sentiment de culpabilité d'être malade, la haine pour le destin, le paradoxe horrible de sentir mon corps qui se révolte contre moi avec mes cellules qui veulent tuer moi-même.

Après la greffe, j'avais un corps tout neuf, propre, le mal avait été vaincu. Je pleurais de joie, la vie était à nouveau une aventure magnifique. Après un cancer, on ne lutte plus avec le mal mais avec son héritage.

Après l'optimisme initial, une souffrance insidieuse s'installe.

L'angoisse hypochondriaque de retomber dans le cauchemar de la maladie, le dialogue avec la vie et la mort, le désespoir pour la fertilité perdue, la peur du futur, un quotidien parfois difficile, le monde en dehors de l'hôpital (où on était protégé) parfois fait peur... une sorte de mal de vivre s'installe. Je connais l'histoire d'un jeune homme qui avait comme moi un lymphome malin. Il a gagné sur le mal, il est guéri. Mais après sa rémission complète, il s'est suicidé. Il n'avait pas de douleurs, mais il souffrait.

Maria ex-malade de lymphome malin.

Monsieur F., insuffisant rénal chronique, hémodialysé depuis plus de 10 ans ; il a aujourd'hui 41 ans. Il témoigne :

Supporter la douleur, c'est une question de courage, il faut rester digne, dominer son corps, l'esprit sera le plus fort.

La souffrance, elle, a trouvé notre point faible, notre moral, notre esprit, elle sait comment nous mettre à genoux, elle sait comment détruire l'homme le plus courageux.

La douleur, ce n'est qu'un mauvais moment à passer (un court instant dans la vie). Mais parfois la douleur tenace, sur un long terme, ouvre la porte à la souffrance et le plus stoïque des hommes perd sa dignité. Endurer la douleur c'est possible si c'est "bref" et surtout si c'est pour aboutir à l'espoir de guérison. Ce mot prend une dimension hors du commun quand on est frappé d'une maladie chronique telle que l'insuffisance rénale. On en vivra plus jamais comme avant et c'est avec de nouveaux paramètres que l'on programmera son avenir proche ou lointain.

Il faut le dire, le traitement palliatif par hémodialyse n'est pas douloureux par lui-même. Mais dans le temps et avec la répétition, le courage s'émousse et la douleur, même celle qui apparaît bénigne, devient insurmontable. La souffrance aussi discrète soit-elle, devient elle aussi chronique, personne ne peut rien faire, même si beaucoup est déjà fait, c'est encore insuffisant comparé à la guérison que l'on avait espérée en consultant le médecin.

Au début, j'ai misé sur la greffe et j'ai surmonté avec courage et volonté cette épreuve, entrevoyant par ce biais la "guérison". Aujourd'hui et après 10 ans de soins, en attente d'une troisième tentative de transplantation, la crainte de la douleur et d'une nouvelle effraction suite à l'intervention et

ses à-côtés, me fait parfois redouter la sonnerie du téléphone, c'est là que je souffre.

Nous remercions les patients, les équipes et les stagiaires inscrits à notre atelier de leur participation (directe et indirecte). N'oublions pas, aux manettes informatiques, F. Allié et G. Dapprès déjà cité.

DOCUMENTS LAISSÉS AUX STAGIAIRES

Questionnaire d'auto-évaluation du burn-out - Maslach et Jackson, 1981 et lexique :

Burn-out : consumer, du latin consumere "détruire"

Épuiser complètement les forces de quelqu'un

Épuiser, fatiguer, ronger, user

Se consumer : épuiser sa santé, ses forces, déperir

Détruire par le feu : consommation, épuisement.

Syndrome d'usure : dégradation, érosion, par un usage prolongé, par le frottement. Diminution ou altération d'une qualité. Fatigue.

User : détruire par la consommation. Utiliser quelque chose jusqu'à l'épuiser (consommer, dépenser, manger)

Perdre son influence, sa puissance, son ascendant.

A la question 1 dans le questionnaire, lire "je me sens émotionnellement vidée"

A la question 8, "je me sens usée" (fatiguée, abattue, épuisée...)

A LIRE ENTRE AUTRES

L'œuvre de Winnicott (petite bibliothèque Payot et Gallimard)

Anzieu D. : *Le groupe et l'ICS*, Ed. Dunod, 1985.

Anzieu D. et Martin J.Y. : *La dynamique des groupes restreints*, PUF, 1968.

Anzieu D., Bejaramo A., Kaes R., Missebard A. et Pontalis J.B. : *Le travail psychanalytique dans les groupes*, Ed. Dunod, 1972.

Dejours C. : *Travail, usure mentale*, Centurion/Bayard, édition 1980, nouvelle édition 1993.

Dejours C. : *Psychopathologie du travail* avec Claude Veil et Alain Wisner, Entreprise moderne d'édition, 1985.

Dejours C. : *La France malade du travail* avec Jacques de Baudt et Claude de

Dubar, Bayard Editions, 1995.

Dejours C. : *Le facteur humain*, PUF, 1995.

Dejours C. : *Souffrance en France*, Seuil, l'Histoire immédiate, 1998.

Freud S. : *Totem et Tabou*, Payot, Paris.

Freud S. : *Psychologie collective et analyse du Moi*, Payot, Paris, 1953.

Freud S. : *Malaise dans la civilisation*, PUF, Paris, 1971.

Goffman E. : *Les rites d'interaction*, édition de Minuit, Paris, 1974.

Hall E.T. : *La dimension cachée*, Seuil, Paris, 1971.

Kaes R. : *L'appareil psychique groupal*, Ed. Dunod, 1976.

Kuty O. : *Innover à l'Hôpital, Analyse sociologique d'une unité de dialyse rénale*, l'Harmattan, Santé et Sciences humaines, 1994.

Levy A. : *Psychologie sociale, textes fondamentaux anglais et américains, choisis et traduits* par A. Levy, Ed. Dunod, organisation et sciences humaines, Paris, 1970.

Rogers C. : *Les groupes de rencontre*, tr. fr, Ed. Dunod, 1973.

Watzlawick : *Une logique de la communication*, Seuil, Paris, 1972.

- 1 - Dans la mesure où nous nous livrons à cet exercice à distance de la Formation dans le temps, et de seule mémoire, nous comptons sur l'indulgence des participants qui ne se retrouveraient pas à la lecture du compte-rendu qui va suivre : les oublis y seront sans doute nombreux. Ce peut être aussi pour eux l'occasion de nous faire part de leur propre compte-rendu de la Formation !
- 2 - Vidéo réalisée par nous dans l'unité d'HDC du service de néphrologie au printemps 1999 dans le but de répondre à une commande de formation de l'ORPADT Francophone pour traiter de "la relation soignant-soigné en HDC". Monsieur le Docteur Dapprès de Blangy, médecin attaché à l'Hôpital Lapeyronie, par amitié pour Monsieur le Professeur Canaud, a accepté la charge de la réalisation technique de ces deux films-vidéo.
- 3 - Des questionnaires adressés aux soignants et aux soignés - identiques dans la formulation des questions autour de ce même thème : la relation entre les deux -, avaient précédé l'enregistrement vidéo des entretiens.
- 4 - Nous avons réalisé ce film comme le précédent : après en avoir affiché l'annonce dans l'unité, sous forme d'entretiens, de dialogues entre la psychologue et le soignant, en improvisant sur le thème. Les soignants savaient qu'ils participaient de cette façon eux-aussi, à la formation de l'AFIDTN.
- 5 - Nous n'avions pas sous-titré l'atelier au moment où Monsieur Szymko nous demandait d'en annoncer l'intitulé pour lancer le programme de Formation. Aussin certains stagiaires, l'une d'entre eux nous en fit la remarque, s'y sont inscrits pensant qu'il y serait question de la chronicité et de l'usure des patients. Le terme d'usure étant classiquement utilisé pour parler de la souffrance des professionnels, nous n'avions pas pensé à l'ambiguïté que pouvait receler le titre dépourvu de son sous-titre.
- 6 - Ch. Aussenac "La douleur" - Colloque d'Éthique médicale. Approche médicale, psychologique et éthique de la douleur - Montpellier, février 1997.
- 7 - En relançant la réflexion, à l'écoute émue de leurs propos, et sur le point de nous séparer, sur la culpabilité du soignant, lorsqu'il ose (ou est autorisé à) parler des difficultés qu'il traverse dans l'exercice de son métier.