

*République Algérienne Démocratique et Populaire*

*MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE*

*Université Abderrahmane Mira - Bejaia*

*FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES*

*DÉPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES*

**Mémoire de fin de cycle présenté pour l'obtention du diplôme de Master  
En Psychologie  
Option : Psychologie Clinique**

***THEME***

**L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES  
INFIRMIERS EXERÇANTS DANS UN SERVICE  
DE RÉANIMATION**

**ÉTUDE DE 11 CAS RÉALISÉE À L'EPH D'EL-KHROUB (CONSTANTINE)**

**Réalisé par l'étudiant :**  
*LATIOUI KHELIL*

**Encadré par :**  
*Mr AMRANE LAKHDAR*

**Soutenu le : 15/06/2015 devant les membres de jury composé de :**

**PRÉSIDENT : Mr BENCHALAL. A**  
**ENCADREUR : Mr AMRANE. L**  
**EXAMINATRICE : Mme BOUCHERMA. S**

***Année universitaire : 2014 - 2015***

*République Algérienne Démocratique et Populaire*

*MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA  
RECHERCHE SCIENTIFIQUE*

*Université Abderrahmane Mira - Bejaia*

*FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES*

*DÉPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES*

**Mémoire de fin de cycle présenté pour l'obtention du diplôme de Master  
En Psychologie  
Option : Psychologie Clinique**

***THEME***

**L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LES  
INFIRMIERS EXERÇANTS DANS UN SERVICE  
DE RÉANIMATION**

**ÉTUDE DE 11 CAS RÉALISÉE À L'EPH D'EL-KHROUB (CONSTANTINE)**

**Réalisé par l'étudiant :**  
*LATIOUI KHELIL*

**Encadré par :**  
*Mr AMRANE LAKHDAR*

**Soutenu le : 15/06/2015 devant les membres de jury composé de :**

**PRÉSIDENT : Mr BENCHALAL. A**  
**ENCADREUR : Mr AMRANE. L**  
**EXAMINATRICE : Mme BOUCHERMA. S**

***Année universitaire : 2014 - 2015***

**REMERCIEMENTS  
ET  
DEDICACES**

# REMERCIEMENTS

*Au terme de l'élaboration de ce mémoire de master, je tiens à exprimer toute ma gratitude et mes vifs remerciements à : Mr AMRANE LAKHDAR Pour son encadrement, sa disponibilité, et sa patience.*

*sans oublier mes guides de stage M<sup>em</sup> LATIFA et M<sup>em</sup> FAIROUZE pour lequel je tiens à exprimer mes vifs reconnaissance.*

*Je remercie encore Mr SOUAMA AMMAR, le chef de service chirurgical coté femmes pour m'avoir assuré de son soutien, de son assistance, et de ses orientations qui ont consolidé le sens de Burn Out de ma formation.*

*Ma reconnaissance sincère pour tous ceux qui m'ont aidé dans la réalisation de cette recherche : M<sup>elle</sup> LARABA IMENE*

*Grâce à tous ceux-là, j'ai pu réussir à construire et à structurer mon travail qui a été difficile. A tous ceux- là, revient le mérite de mon succès.*

# DEDICACES

*En cette occasion, je fais part de mes sympathie être connaissance à tous les membres de ma famille qui n'ont cessé de me témoigner aide, dévouement et encouragement. Qu'un grand hommage soit rendu ici, particulièrement à mes frères et surtout ma mère et mon père qui guident et accompagnée dans mon premier sans oublier mes copains de chambre **J404** (AMER, SAFI, OUSSAMA, BILAL) qui m'ont soutenue tout au long de cette rude épreuve, et aussi la chambre **J403** (NASSIME, BILEL, MITCHOU, KHALED, ZAKI, MAHMOUD), et aussi la chambre **J508** (ABDESSAMED, BOULLA, ALI).*

*Je dédié aussi mon fruit de fin d'étude aux amies de résidence universitaire IHADDADEN sont : DJALEL EDDINE, NOUNOU, YACINE OU CI MARTEH, HAMZA, OMAR, SADAM, ABDESSATIRE, MOHAMED AMINE, HOCINE, AMIROUCHE.*

# TABLE DE MATIERE

## TABLE DE MATIÈRE

Introduction	
Problématique	06
Hypothèses	14

# Partie I : Partie Théorique

## Chapitre I

### LES INFIRMIERS EXERÇANTS DANS UN SERVICE DE REANIMATION

Préambule	16
<b>I.Définition de l'infirmier</b>	17
1. Infirmier	17
2. Le soin	25
3. Le soin infirmier	26
<b>II.La relation d'aide</b>	27
1. Le rôle de relation d'aide	28
2. Les techniques de relation d'aide	28
3. Les éléments à prendre en compte dans la relation d'aide	29
<b>III.Les différentes techniques relationnelles dans la pratique infirmière</b>	31
1. L'Empathie	31
2. La sympathie	33
3. Les émotions	33
<b>IV.La relation soignant soigné</b>	36
1. Les rôles dans la relation	37
2. Besoin de soins	38
3. Dans les relations	39
4. Alliance thérapeutique et négociation	41
<b>V.La réanimation</b>	42

1. Définition le service de réanimation	42
2. L'organisation de service de réanimation	43
3. Méthodologie d'élaboration du référentiel de compétences en réanimation	44
4. Référentiel de compétences de l'infirmier de réanimation	45
5. Les stratégies de communication dans un service de réanimation	60

Résumé	67
--------	----

## **Chapitre II**

### **LE SYNDROME DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

Préambule	69
-----------	----

<b>I.Historique du syndrome de l'épuisement professionnel ou burn out syndrom</b>	70
---	----

<b>II.Définition du syndrome de l'épuisement professionnel ou burn out syndrom</b>	72
--	----

<b>III.Les dimensions du syndrome de burn out</b>	77
---	----

1. Somatiques	78
---------------	----

2. Psychiques	78
---------------	----

3. Comportementaux	78
--------------------	----

<b>IV.Causes et facteurs déclenchant de burn out syndrom</b>	79
--	----

1. Les variables personnelles du sujet	79
--	----

2. Les variables dus à l'organisation du travail	80
--	----

3. Les variables dus aux conditions de travail	81
--	----

4. Les variables environnementaux	83
-----------------------------------	----

<b>V.Prévention</b>	86
---------------------	----

1. La prévention primaire	86
---------------------------	----

2. La prévention secondaire	86
-----------------------------	----

3. La prévention tertiaire	86
----------------------------	----

<b>VI.La mesures de prévention du S.E.P ou B.O.S selon « CANOUI, P. MAURANGES,A. »</b>	87
--	----

1. Correction des facteurs liés à l'organisation du travail	87
---	----

2. Mise en place de groupes de parole dans les services	87
---	----

3. Actions de formation	87
-------------------------	----

Résumé	88
--------	----

# Partie II : Partie Pratique

## Chapitre III

### LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

I Définir le lieu de la recherche	90
II Le choix de groupe de recherche « La profession infirmière en service de réanimation »	92
III La méthode et les outils de recueil des données de recherche	93
IV La phase de test	95
1. Cotation des réponses	95
2. Interprétation	96
V Les limites de la recherche	97
VI Déroulement de la recherche	98
VII Rappel des Hypothèses de recherche	100

## Chapitre IV

### PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS ET DISCUSSION DES HYPOTHESES

I Présentation des cas de recherche	102
II Analyse des résultats	116
III Discussion des hypothèses	122
<b>Conclusion</b>	132
<b>Bibliographie</b>	135

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau 01</b> : Représente le nombre d'effectif des infirmières dans le service de réanimation en EPHE	102
<b>Tableau 02</b> : Représente les tranches d'âge dans le service de réanimation en EPHE	102
<b>Tableau 03</b> : les hypothèses que nous avons émises	122

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 01 :</b> Champs d'activités du personnel soignant	22
<b>Figure 02 :</b> le degré de dépendance des patients et la charge de travail du personnel infirmier	25
<b>Figure 03 :</b> les facteurs de burn out liés aux environnements interne et externe de BOS	84
<b>Figure 04 :</b> l'interaction des environnements « interne et externe » dans le déclenchement de BOS	85

## Annexes

**Annexe 01 :** *Maslach Burnout Inventory's test*

**Annexe 02 :** *la grille de l'entretien*

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

**LISTE DES ABREVIATIONS**

**AP**: Accomplissement Personnel

**BOS**: Burn out syndrom

**CDT**: Charge De Travail

**CES**: Charge En Soins

**DP**: Dépersonnalisation ou Déshumanisation

**EE**: Epuisement Emotionnel

**EPHE**: Etablissement Public Hospitalier d'El-khroub

**IR**: Infirmier(ère) Réanimateur(trice)

**NEMS**: Nine Equivalents of Nursing Manpower use Score

**PRN**: Projet de Recherche en Nursing

**RC**: Réanimation Chirurgical

**RM**: Réanimation Médical

**SEP**: Syndrome de l'Épuisement Professionnel

**TISS**: Therapeutic Intervention Scoring System

# INTRODUCTION

*Introduction ;*

Parler de la souffrance des infirmiers, c'est tout d'abord énumérer quelques évidences. « Enumérer », c'est-à-dire additionner des raisons qui font de ce métier un métier à risques. « **E.FELDMAN,2013** ».

Première évidence : on ne côtoie pas la souffrance, la maladie et la mort d'autrui, à longueur de carrière, sans que cela produise des effets.

Deuxième évidence : cette souffrance de l'autre, dont l'infirmier est le témoin n'est pas sans écho dans l'histoire, passée, présente, et en tous cas à coup sûr future dudit infirmier.

Pour ce qui est du passé, des études ont montré la fréquence de l'impact de l'histoire personnelle ou familiale de l'infirmier : que répare-t-il à longueur de journée de la souffrance de l'autre certes, mais sans doute aussi d'une expérience douloureuse ancienne, personnelle ou affective ? Expérience de la maladie pour soi même ou pour un proche...

Pour ce qui est du futur, quel infirmier peut nier qu'il n'a pas parfois éprouvé d'être en avant – première, dans l'exercice de son métier, de ce qui ne peut – à lui aussi – que lui arriver un jour : l'accident de santé, la maladie, et bien sûr la mort ?

Sans se cantonner au pur affectif, le métier de l'infirmier confronte à une multitude de questions d'ordre éthique, moral, métaphysique même, que ne rencontre pas la population des autres travailleurs. Un exemple l'illustrera : Quand quelqu'un traverse un deuil proche, il dit souvent qu'il va reprendre le travail pour se sortir de sa ruminant douloureuse...si ce travail justement est neutre affectivement, voire positif (contact sociaux positifs) : commercial par exemple. Evidemment il n'en va pas de même pour l'infirmier qui, lui, au travail, retrouvera la souffrance de l'autre en écho douloureux à la sienne propre.

Autre évidence : c'est l'impact de la répétition des traumatismes rencontrés avec l'histoire de nos patients : confrontation avec les misères, les drames, confrontation à des personnalités mal structurées, aux demandes trop fortes.

Enfin, que dit-on quand on constate que « pour faire ce métier il faut avoir du coeur » ? ! ! « **E.FELDMAN,2013** ».

Cela signifie, nous semble-t-il, que le patient attend toujours autre chose de son infirmier que la pure réparation de son « bobo ». Toujours. Ainsi fonctionne l'être humain. Il ne peut jamais demander à l'autre quelque chose qui soit du pur besoin. Toujours, toujours, il y a un au-delà de la demande : De même que le nourrisson ne prend pas que le lait de sa mère, mais sa mère en même temps, de même, donner un médicament obéit à la même logique : le prescripteur est « pris » dans le même mouvement : ça s'appelle le transfert. « **E.FELDMAN,2013** »

L'épuisement professionnel (ou burnout en anglais) a été décrit initialement dans les professions infirmières dans lesquelles les professionnels sont confrontés quotidiennement à la maladie, à la souffrance et à la mort. Ce sont des professions qui les placent sous l'influence d'une véritable éthique professionnelle (Canoui, 1996). Ensuite, ces professions impliquent des considérations profondément humanistes, souvent idéalisées et parfois loin du travail quotidien (Jaoul et Kovess, 2003). Choisir de travailler dans ces professions est souvent un acte déterminé par une véritable vocation, des idéaux marqués. Or, les infirmiers pointent une charge de travail de plus en plus lourde entraînant un manque de temps auprès des patients ayant pour conséquence un sentiment de frustration. Par ailleurs, les infirmières ont de plus en plus de responsabilités et doivent remplir de nombreux formulaires pour se « couvrir » du risque d'erreur. Ainsi la charge de travail et la désillusion y sont d'autant plus vécues avec émotion. Dans la langue courante anglaise, burnout signifie « s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources ». « **Fuhrer, C et al , 2011** ».

Pour discriminer entre le stress et burnout il faut définir la notion de stress dans le but de décortiquer l'ambiguïté entre les deux notions, le stress est « un résultat spécifique de toute demande imposée au corps, que l'effet soit mental ou somatique ». « **Boissières, F. 2003** ».

Le burnout survient suite à une exposition à un stress prolongé. Celui-ci est un facteur essentiel dans la prédisposition de l'individu au burn-out, il est donc primordial de définir ce terme. « **TERRAT E, 2003** ».

Le stress et l'épuisement professionnel ne sont pas le propre d'une seule profession. Les causes en sont diverses mais les effets peuvent être les mêmes. Qu'il s'agisse d'infirmiers, infirmières ou non ou bien d'enseignants, de fonctionnaires territoriaux, de commerciaux, les situations de perte de ressources, de conflits, en particulier avec le supérieur hiérarchique, ou de manque de reconnaissance, quand elles prennent une dimension chronique, peuvent engendrer des problèmes de santé physique ou mentale. « **CHAZARIN C, 1991** ».

Dans le but d'approcher le phénomène de l'épuisement professionnel chez les infirmiers dans un service de réanimation, cette étude comporte deux grandes parties, partie théorique et partie la méthodologie de la recherche et présentation et analyse des résultats et discussion des hypothèses:

La première partie comprend deux chapitres dans lesquels nous avons abordé l'aspect théorique des concepts suivants : le 1<sup>er</sup> chapitre les infirmiers dans un service de réanimation et le 2<sup>em</sup> chapitre le syndrome de l'épuisement professionnel, La deuxième partie dite pratique nous avons le 3<sup>em</sup> chapitre est la méthodologie de la recherche et le 4<sup>em</sup> chapitre est présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

# **LA PROBLEMATIQUE ET LES HYPOTHESES**

*La problématique :*

Le stress professionnel apparaît important chez les infirmière et on parle de plus en plus de « burn out » dans la profession, de nombreuses études épidémiologiques européennes et canadiennes montrent des résultats convergents : l'épuisement professionnel atteint environ le quart des infirmières d'hôpitaux généraux tous services confondus. « **DELBROUCK M. 2007** ».

L'épuisement professionnel est un concept introduit depuis peu dans les écrits scientifiques. Dans le contexte des travailleurs de la santé, Freudemberger (1974) définit pour la première fois l'épuisement professionnel comme étant l'usure, le sentiment d'échec résultant d'exigences trop grandes en termes d'énergie, de force et/ou de ressources. De 1974 à 1980, Perlman et Hartmann (1982) ont relevé environ une trentaine de définitions de l'épuisement professionnel utilisées dans diverses études. « **Duquette ; A, Kérouac ; A, Beaudet, E, 1992** ».

Cette expression provient de l'anglais « burnout syndrome », définie pour la première fois par H. J. FREUDENBERGER en 1974. Littéralement, le terme « burnout » se traduit par « se consumer », « s'éteindre ». L'explication de ce psychanalyste donne alors tout son sens à la terminologie employée :

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. « **FREUDENBERGER, H, 1987** ».

Le syndrome de burnout se déclare chez certaines personnalités prétendant répondre à un haut niveau d'attente professionnelle, et s'efforçant d'exercer leur métier en suivant leurs représentations utopiques et leurs valeurs humaines.

Pour ces infirmiers, l'épuisement professionnel intervient lorsque leurs idéaux sont meurtris par les contraintes institutionnelles, la pesanteur des responsabilités, le manque de reconnaissance, l'ambiance de travail pernicieuse... H. J. FREUDENBERGER déclare ainsi que « le burnout [est] la maladie de l'âme en deuil de son idéal ». « **H. J. FREUDENBERGER, cité par R. GUEIBE, 2003** ».

Par exemple, Jones (1982) souligne que l'épuisement professionnel est une réaction bio-psycho-comportementale des professionnels de la santé à des stressors organisationnels excessifs.

Maslach (1982) spécifie que l'épuisement professionnel est un syndrome d'usure émotionnelle, de dépersonnalisation ainsi qu'une perte de l'accomplissement personnel auquel sont sujets les individus dont le travail est orienté vers la relation d'aide. C'est à partir de cette définition que Maslach et Jackson (1981a, b) élaborent un instrument de mesure de l'épuisement professionnel, soit le Maslach Burnout Inventory (MBI) qui recouvre les trois composantes principales ci-haut mentionnées. Bien qu'il n'y ait pas d'entente universelle quant à la définition de ce concept, la plupart des auteurs des études consultées utilisent la terminologie ainsi que l'outil développé par Maslach et Jackson. « **Duquette ; A, Kérouac ; A, Beaudet, E, 1992** ».

Delbrouck (2003), met en évidence les trois phases du burn-out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le sentiment d'incompétence. « **DELBROUCK M, 2003** »

Freudenberger (1985), Pines (1981), Buree, Schearer, Deszca et Lambert. Ils décrivent ce que nous appelons désormais le burn out, ou

syndrome d'épuisement des infirmiers. Il s'agit en résumé d'un phénomène d'usure interne chez les infirmiers qui s'engagent avec trop d'intensité, au point de nier leurs propres besoins, ce qui aboutit à un appauvrissement intérieur. Tout ceci apparaît évidemment progressivement, mais le burn out complet réalise une impasse existentielle intenable. Les auteurs cités décrivent plusieurs phases de ce syndrome . « **FELDMAN, E. 2013** ».

– tout d'abord, une phase d'investissement énorme avec des attentes irréalistes (exemple : Hôpital = Zéro douleur !) Vu le projet, le sentiment d'impuissance – et le sentiment d'échec concomitant – ne se fait pas attendre. La culpabilité les accompagne, car à ces objectifs étaient fixées des valeurs morales fortes.

– deuxième stade : l'évitement, qui n'a jamais permis d'échapper au problème une fois qu'il est posé. La fatigue psychologique ne fait que croître.

Troisième stade : l'effort pour s'extraire de la pente dangereuse se perçoit dans un renversement des valeurs initiales. Peut-être n'est-on pas si mal que ça ; c'est donc le malade qui est un être impossible. C'est une phase de mépris, de cynisme, de haine pour le patient : « L'hôpital, ce serait parfait s'il n'y avait pas les malades ! »

Quatrième stade : phase de réparation signant la culpabilité sous-jacente. La phase précédente n'étant guère tenable, car peu valorisante, il y a un regain d'intérêt pour la qualité du travail, l'estime pour le malade etc. Mais il ne s'agit en fait que d'un nouvel essai de la phase 1, qui, non analysée, ne peut que reproduire la même impasse, le même désappointement. « **FELDMAN, E. 2013** ».

Alors s'enchaînent les rémissions et les rechutes, alternant le désir de bien faire et le cynisme, lequel aggrave la culpabilité.

Le syndrome est complet quand apparaissent la perte de force et d'énergie, l'épuisement émotionnel, le grand vide intérieur. Un pas assez définitif est alors franchi et l'infirmier, qui fait preuve de cynisme dans son travail, qui recherche fortement l'accomplissement personnel dans des activités extérieures, est de plus en plus ballotté et est sujet à des accès de désespérance de plus en plus fréquents, très souvent traduits en épisodes agressifs, y compris avec ses collègues. « **FELDMAN, E. 2013** ».

En Algérie, comme ce thème est assez récent, nous ne retrouvons que deux études publiées, celle de Chakali (2000) sur l'épuisement professionnel chez le personnel du centre anticancéreux de Blida et celle de Boudarene (2004) chez les agents de police en exercice (une étude préliminaire). « **Thèse Benatia, Y, 2008** ».

Egalement, une autre étude a été effectuée dans le cadre du projet de magister par Ouchen (2005) par le biais du MBI auprès des éléments de sapeurs pompiers de la wilaya de Constantine a révélé la présence du phénomène de l'épuisement professionnel avec un taux d'épuisement émotionnel de 49,88% sur l'ensemble de la population d'étude.

Vient en deuxième position la baisse de l'accomplissement personnel de 32,97% et enfin la déshumanisation de la relation à autrui avec un taux de 12,48%. « **Thèse Ouchen, M, 2005** ».

Le personnel infirmier dont la mission spéciale est orientée vers la relation d'aide avec une clientèle affectée par des problèmes de santé multiples et complexes n'est pas à l'abri de ce phénomène. Composante majeure de la prestation des services de santé, il assure une présence continue auprès de clients hospitalisés, de personnes en centre d'hébergement et de soins de longue durée, de clientèles desservies à l'aide de programmes préventifs et communautaires. La profession infirmière est d'abord une profession qui tient compte de l'unicité de la

personne dans son milieu de vie et qui doit faire preuve de sollicitude et de dépassement pour accompagner les personnes dans la douleur, l'angoisse, l'incapacité et souvent la mort. « **Duquette; A, Kérouac; A, Beudet, E, 1992** »

Malgré une mission qui est des plus valorisantes et des plus significatives et malgré l'importance des effectifs en cause, plusieurs études nationales (Beaver, Sharp & Cotsonis, 1986; Duxbury, Armstrong, Drew & Henly, 1984; Jenkins & Ostchega, 1986; Mallett, 1988; Yasko, 1983 ) ont observé au cours des dernières années de l'épuisement professionnel chez le personnel infirmier.

Leurs observations et commentaires traduisent des manifestations d'épuisement comme le roulement rapide d'infirmières, des taux d'absentéisme élevés, une diminution de l'attention accordée aux clients, de l'irritabilité, de l'anxiété et une insatisfaction vis-à-vis le travail.

Certains se disent exploités, fatigués et épuisés presque quotidiennement. Ces plaintes de divers ordres sont souvent associées à des symptômes de nature somatique, tels que des problèmes gastro-intestinaux, des troubles de sommeil, une perte d'appétit, une fatigue lancinante, des maux de tête et de dos. Ces agents de santé s'occupent de la santé et du bien-être des autres en risquant insidieusement une dispersion d'eux-mêmes et de leurs ressources sans trop de répit et souvent avec peu d'autre assistance. qu'eux-mêmes (Rainville, 1984). Une perte progressive de buts, d'idéalisme, d'énergie et de signification risque de s'installer chez eux (Edelwich & Brodski, 1980).

Comme il a été mentionné précédemment, nombre d'auteurs rapportent que l'épuisement professionnel semble associé à plusieurs facteurs. Cependant, il n'est pas clairement établi comment ces différents facteurs exercent une influence sur l'épuisement professionnel. « **A, Duquette ; A, Kérouac ; E, Beudet, 1992** »

Plusieurs approches conceptuelles ont été développées afin d'identifier les variables reliées au stress, à la santé ou à l'épuisement professionnel. Beehr et Newman (1978), House et Wells (1978), Matteson et Ivancevich (1979), Perlman et Hartmann (1982) ainsi qu'Harris (1989) présentent des approches linéaires où l'épuisement professionnel serait la conséquence directe d'un stress soutenu et répété.

Bien qu'intéressantes, ces approches conceptuelles montrent peu le dynamisme existant entre les variables associées à l'épuisement professionnel. De plus, ces approches ne tiennent pas compte de l'influence que peuvent avoir certaines caractéristiques de la clientèle sur le développement de l'épuisement professionnel. « **Duquette; A, Kérouac; A, Beaudet, E, 1992** »

L'infirmière est auprès du malade (dans le langage courant, on dit même « auprès de son malade ») pendant de longues heures et noue donc avec lui une relation plus profonde, affective : si dans le langage anglosaxon, le rôle de l'infirmière était to care for, il est aujourd'hui to care about . un rôle qui met en avant la part importante de l'émotion, de l'affect dans une approche centrée sur le patient-sujet. « **Grosclaude M, 2007** »

Le rôle de l'infirmière de réanimation ne peut donc pas se limiter à ses compétences techniques : elle doit faire cohabiter travail sur le corps (formel) .et travail sur les émotions (informel) .Une étude norvégienne visant à comparer la perception des médecins et des infirmières de réanimation des besoins des proches de patients met en lumière une très nette différence : les infirmières mettent en avant l'importance de la « réassurance et de l'attention » (informel) alors que les médecins mettent en avant l'importance de « l'information et de la prédictibilité » (formel) « **Grosclaude M, 2007** »

Si, comme nous le verrons plus loin, le bien-être des malades — outre une bonne prise en charge et une réduction des inconforts liés aux technologies utilisées passe par la parole et la communication, l’infirmière, du fait de l’organisation des soins et de la répartition des tâches est plus à même de répondre aux besoins psychiques des patients.

« **Grosclaude M, 2007** »

La nature de la clientèle desservie exerce peu d’influence sur l’épuisement professionnel du personnel infirmier.

Il apparaît également que plusieurs facteurs relatifs à l’organisation du travail peuvent contribuer à créer un milieu favorable au développement de l’épuisement professionnel du personnel infirmier dans les services de réanimation. Il s’agit du soutien du supérieur et des pairs, des stressors en milieu de travail, de l’ambiguïté du rôle, de la charge de travail, et de la satisfaction au travail. Le texte se termine par une série de recommandations adressées aux chercheurs, aux planificateurs, aux gestionnaires, aux éducateurs, et aux intervenants cliniques qui dispensent les soins infirmiers. « **BIOY, A, BOURGEOIS, F, NEGRE, I, 2003** ».

Le burnout est particulièrement fréquent chez les personnels de la santé pouvant atteindre 40 % dans des spécialités comme la réanimation. Les conséquences de l’épuisement professionnel sont importantes pouvant aller jusqu’au suicide ou l’erreur médicale. Ceci doit être pris en compte dans la gestion des équipes, en particulier en anesthésie réanimation, où la répétition de stress et les contraintes sont importantes. Les solutions doivent associer des mesures préventives – y compris les changements de l’environnement de travail si nécessaire – avec l’apprentissage de techniques personnelles de gestion du stress professionnel. « **Maïa P, Thomas G, 2011** ».

Est-ce que les infirmiers exerçants dans un service de réanimation souffrent de l'épuisement professionnel ?

Est-ce que les infirmiers souffrent de burn out exerçants dans un service de réanimation, ils présentent les signes du syndrome de l'épuisement professionnel ?

1. L'épuisement émotionnel est-il facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation ?
2. La dépersonnalisation est-elle facteur de syndrome du l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation ?
3. L'absence d'accomplissement personnel est-elle facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation ?

*L'hypothèse principale :*

Les infirmiers exerçants dans un service de réanimation souffrent de burn out

*Les Hypothèses opérationnelles :*

1. L'épuisement émotionnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
2. La dépersonnalisation est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
3. L'absence d'accomplissement personnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.

# **Partie I : Partie Théorique**

**Chapitre I**  
**LES INFIRMIERS EXERÇANTS DANS UN SERVICE**  
**DE REANIMATION**

**Préambule :**

On s'attend du personnel infirmier – qui fait quotidiennement face à la souffrance humaine – qu'il allège la détresse des patients en prodiguant des soins empreints d'une réelle sollicitude. Une simple intervention centrée sur la tâche à accomplir ne suffit pas. « **Truc Huynh et al., 2009** »

Cependant Formarier précise que les infirmières sont souvent déchirées entre leurs valeurs professionnelles et les charges de travail à assumer.

Le travail émotionnel, tel que l'a conçu à l'origine la sociologue Arlie Hochschild, fait référence aux efforts déployés par la travailleuse ou le travailleur pour afficher les émotions que lui dictent les normes culturelles et sociales en place plutôt que celles qu'elle ou il éprouve réellement.

Le fait que l'engagement émotionnel des infirmières envers leurs patients transcende les limites des sentiments personnels, contribue à la qualité et à l'excellence des soins infirmiers. « **Truc Huynh et al., 2009** »

Pour faire face aux situations cliniques difficiles sur le plan moral (*p. ex.* patients refusant des soins), il est jugé essentiel de pouvoir éprouver des émotions et établir des rapports à la fois éthiques et significatifs avec les personnes en détresse. « **Truc Huynh et al., 2009** »

La vulnérabilité est présente en réanimation sous de multiples formes – liées à la gravité des situations traitées et à la nature particulière de la prise en charge – pour le patient, pour son entourage, pour l'équipe soignante. « **Boles Professeur Jean-M, et Jousset D, 2011** ».

## **I Définition de l'infirmier :**

### **1. Infirmier :**

Le mot « *enfermier* » apparaît en 1398, il est associé au mot latin « *infirmus* » qui signifie « *faible* », par opposition à « *fort* ».

L'« *enfermerie* » désigne à la fois un état (la maladie, l'infirmité) mais aussi un lieu, un refuge pour les plus démunis. L'« *enfermier* » sera la personne qui s'occupe de ces hôtes dans le besoin. Néanmoins, « *...il ne commença à être utilisé pour désigner les femmes destinées, par profession, à soigner, qu'à partir de 1878.* ». « **Lyon : A, 1995** »

Personne dont la profession est de veiller sur les malades, de les soigner et de leur administrer des médicaments sous la direction des médecins, à l'hôpital ou à domicile. « **www.infirmier.com/08-02-2015 à 13 : 23** »

**Article 26** : Le corps des infirmiers comprend trois grades :  
« **OULD-KADA, M, 2010** »

- 1) le grade d'infirmier breveté
- 2) le grade d'infirmier diplômé d'Etat
- 3) le grade d'infirmier principal

### **Définition des tâches :**

**Article 27** : Les infirmiers brevetés sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique, d'assurer les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l'hygiène et à l'entretien et au rangement du matériel.

**Article 28** : Les infirmiers diplômés d'Etat sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément au programme de formation d'assurer les prescriptions et les soins polyvalents. « **Décret**

**exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux »**

Ils sont chargés en particulier, de reconnaître les méthodes de diagnostic, participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en oeuvre, favoriser le maintien, l'insertion ou la réinsertion des personnels dans le cadre de vie habituelle ou nouveau, proposer, organiser, participer ou collaborer à des actions de prévention et d'éducation en matière de santé individuelle et collective, de participer à l'encadrement et à la formation des personnels paramédicaux. « **Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux »**

**Article 29** : Outre les taches prévues à l'article 27 ci-dessus, les infirmiers principaux sont chargés, sous l'autorité du responsable hiérarchique et conformément à leur programme et à leur spécialité respectives, d'assurer les soins complexes et spécialisés et d'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification. Ils participent à la formation des personnels paramédicaux. « **Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux »**.

*DANS « LE JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE ALGERIENNE N°17 – 15 RABIE ETHANIE 1432 – 15 MARS 2011 » corrigé le Décret exécutif n° 91-107 du 27 avril 1991 portant statut particulier des personnels paramédicaux :*

**A. Corps des infirmiers de santé publique :**

**Art. 38** : Le corps des infirmiers de santé publique comprend cinq (5) grades : « **Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des**

**fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique ».**

- 1) Le grade d’infirmier breveté, mis en voie d’extinction ;
- 2) Le grade d’infirmier diplômé d’Etat
- 3) Le grade d’infirmier de santé publique
- 4) Le grade d’infirmier spécialisé de santé publique
- 5) Le grade d’infirmier major de santé publique

**B. Définition des tâches :**

**Art. 39 :** Les infirmiers brevetés sont chargés, notamment, d’exécuter les prescriptions médicales et les soins de base. Ils veillent à l’hygiène, à l’entretien et au rangement du matériel. « **Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique** ».

**Art. 40 :** Outre les tâches dévolues aux infirmiers brevetés, les infirmiers diplômés d’Etat sont chargés d’exécuter les prescriptions et les soins polyvalents. A ce titre, ils sont chargés, notamment :

- 1) De participer à la surveillance clinique des malades et des thérapeutiques mises en œuvre ;
- 2) De favoriser le maintien, l’insertion ou la réinsertion des patients dans leur cadre de vie habituelle ;
- 3) De participer à des actions de prévention en matière de santé individuelle et collective.

**Art. 41 :** Les infirmiers de santé publique sont chargés, notamment :

- 1) De participer au maintien, à la restauration et à la promotion de la santé physique et mentale des personnes ;

- 2) De réaliser des soins infirmiers relevant des tâches propres à leur mission, sur prescription médicale ou en présence du médecin et en cas d'extrême urgence sur la base de protocoles d'urgence écrits ;
- 3) De contrôler, d'évaluer et de surveiller l'évolution de l'état de santé des patients ;
- 4) D'établir le projet de soins, de planifier les activités y afférentes, de tenir et de mettre à jour le dossier soins du patient
- 5) D'accueillir et de suivre pédagogiquement les étudiants et les stagiaires.

**Art. 42 :** Outre les tâches dévolues aux infirmiers de santé publique, les infirmiers spécialisés de santé publique sont chargés, en fonction de leurs spécialités, notamment :

- 1) D'exécuter les prescriptions médicales nécessitant une haute qualification, notamment les soins complexes et spécialisés ;
- 2) De participer à la formation des paramédicaux.

La liste des spécialités citées ci-dessus est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

**Art. 43 :** Outre les tâches dévolues aux infirmiers spécialisés de santé publique, les infirmiers majors de santé publique sont chargés, notamment :

- 1) D'élaborer et de réaliser, en liaison avec l'équipe médicale, le projet de service ;
- 2) De programmer les activités de l'équipe de l'unité ;
- 3) D'assurer le suivi et l'évaluation des activités de soins ;
- 4) De contrôler la qualité et la sécurité des soins et les activités paramédicales ;
- 5) D'assurer la gestion de l'information relative aux soins et aux activités paramédicales ;

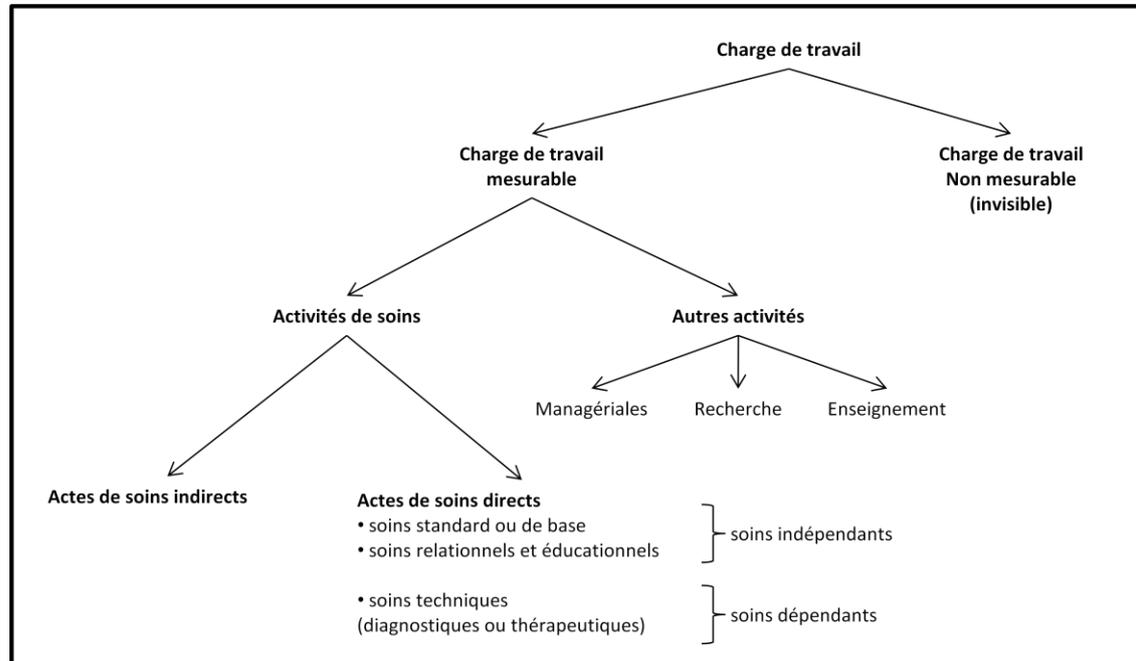
- 6) D'accueillir et d'organiser l'encadrement des personnels des étudiants et des stagiaires affectés au service. « **Décret exécutif n° 11-121 du 15 Rabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique** ».

**C. Caractéristiques du travail infirmier :**

Le travail infirmier est variable dans le temps, imprévisible et complexe. Voici l'illustration de ce dernier caractère. La Charge De Travail (CDT) infirmier se divise en charges mesurables et en charges invisibles. Ces dernières se caractérisent par un surplus de travail lié à une situation ponctuelle ou particulière, telle que des isolements secondaires à des épidémies, des situations de crise, etc. Les charges mesurables se séparent soit en activités de soins soit en autres activités : de gestion, de recherche ou d'enseignement. A leur tour, les activités de soins se divisent en actes de soins indirects, c'est-à-dire tout ce qui est fait pour le patient sans être directement à son chevet (transmissions, notes au dossier, préparation de matériel et de médicaments, etc.) et en actes de soins directs, qui peuvent être indépendants ou dépendants. Les actes de soins indépendants sont des activités autonomes qui font partie du rôle propre de l'infirmière, comme les soins de base, les soins relationnels ou l'enseignement. Les actes de soins dépendants sont des soins techniques (diagnostiques ou thérapeutiques), relevant de prescriptions médicales. « **SAULNIER, F. et al.[auteur du livre] SAULNIER & BION, 2000** ».

Les tâches de l'infirmière sont liées aux actes effectués par les médecins, le personnel paramédical et auxiliaire Par exemple, les aides infirmières effectueraient environ 25% des interventions thérapeutiques et la présence d'infirmières en formation augmenterait la charge de travail .En 1988, les résultats d'une étude ont mis en évidence que la charge

totale requise par patient de réanimation était répartie entre 26% de travail purement médical et 74 % de travail purement infirmier. « SAULNIER, F. et al.[auteur du livre] SAULNIER & BION, 2000 ».



*Figure 1 : Champs d'activités du personnel soignant*

« SAULNIER, F. et al. Classification et description des indicateurs de charge en soins. [auteur du livre] SAULNIER & BION. Management en réanimation : Evaluation, organisation et éthique. Paris : Editions scientifiques et médicale Elsevier, 2000, pp. 73 ».

#### **D. Les scores thérapeutiques :**

Les scores thérapeutiques sont divisés en deux grandes familles, les scores de dépendance et les scores de CES.

##### **1) Les scores de dépendance :**

Ces indicateurs évaluent le degré d'assistance technique requise par le patient. Ils mesurent généralement la sévérité du processus pathologique ou le niveau d'intervention médicale. « La gravité de l'état d'un malade dépend à la fois du nombre et de la sévérité des anomalies

cliniques et biologiques qu'il présente : tout indice de gravité doit tenir compte de ces 2 paramètres. ». « **LE GALL, J.R. et al. 1983** ».

## **2) Les scores de Charge En Soins (CES) :**

La mesure de la CES a plusieurs objectifs et va intéresser une multitude d'acteurs aux attentes diverses. « **LE GALL, J.R. et al. 1983** ».

### **2.1.Objectiver :**

**2.1.1.**Quantifier la CDT par patient et la CDT globale de l'unité ;

**2.1.2.**Evaluer la productivité de l'unité « Apprécier la pertinence du recours aux soins intensifs »

**2.1.3.**Apprécier l'évolution de la typologie des services de soins intensifs au cours des années

### **2.2.Comparer :**

**2.2.1.**Comparer la CDT induite par type de patient « Comparer des résultats cliniques au sein de différentes unités de soins intensifs »

**2.2.2.**Comparer des hôpitaux ou des unités de soins ayant une mission similaire au niveau national ou international (benchmarking)

### **2.3.Allouer les ressources :**

Répartir équitablement les ressources entre les services, et entre les patients

### **2.4.Planifier les ressources :**

**2.4.1.**Mesurer la charge en soins sur le long terme, afin de planifier les besoins de ressources futures

**2.4.2.**Obtenir une cible minimale et maximale du nombre d'infirmières requises, pour le service, ainsi que leur distribution selon les horaires

**2.4.3.**Définir la taille et la composition des équipes de base du service

2.4.4.Déterminer le besoin quantitatif et qualitatif selon l'activité réalisée ou requise. « **LE GALL, J.R. et al. 1983** ».

2.4.5.« Adapter les effectifs aux besoins des patients ».

2.4.6.Evaluer les besoins en personnel

2.4.7.Etablir un rapport infirmière/patient ou infirmière/lit

2.4.8.Déterminer les besoins en personnel auxiliaire (journaliers(ères), intérimaires...). « **LE GALL, J.R. et al. 1983** ».

**2.5.Améliorer la qualité de soins :**

2.5.1.Identifier les unités marginales par l'étude des processus de soins

2.5.2.Améliorer la structure des soins par une meilleure dotation

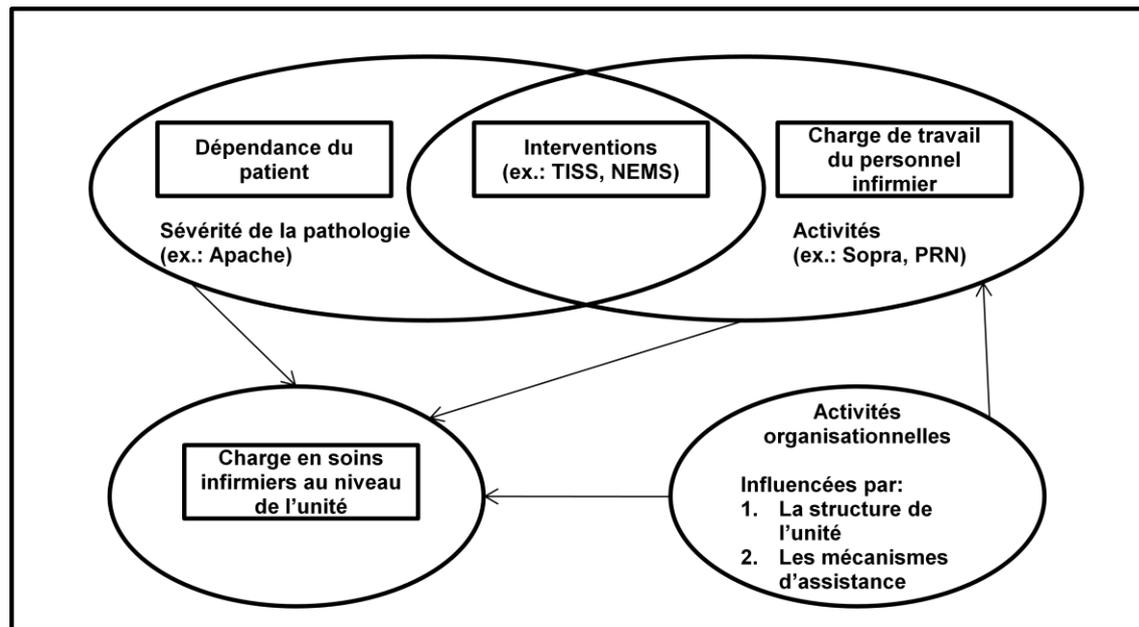
2.5.3.Améliorer la démarche de soins (planification)

2.5.4.Identifier les écarts entre les soins requis et les soins réalisés

**2.6.Réviser des processus de soins :**

2.6.1.Définir et standardiser les pratiques de soins entre les unités.

2.6.2.Réorganiser les soins en distribuant les tâches entre les différentes catégories de soignants. « **LE GALL, J.R. et al. 1983** ».



*Figure 2 : Relation entre le degré de dépendance des patients et la charge de travail du personnel infirmier.*

« ENDACOTT, R. & NIGHTINGALE, P. Evaluation de l'état de dépendance des patients et de la charge de travail du personnel infirmier : Méthodes et écueils potentiels. [auteur du livre] SAULNIER & BION. Management en réanimation : Evaluation, organisation et éthique. Paris : Editions scientifiques et médicale Elsevier, 2000, pp. 63 ».

## **2. Le soin :**

Actes par lesquels on veille au bien être de quelqu'un, ensemble des attentions qu'on lui porte, prévenances, sollicitude. Actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps. « **Grand Larousse universel, édition 1995** ».

Ou comme « l'attention, l'application que l'on met en faisant quelque chose », mais aussi comme la « charge de voir ou de veiller sur quelqu'un ou quelque chose. ». « **Dictionnaire Le Petit Larousse, 1994** »

### **3. Le soin infirmier :**

Ensemble des activités et des soins assurés par le personnel infirmier. « **Grand Larousse universel, édition 1995** ».

**COLLIERE, M-F., Virginia,H :** « Les soins infirmiers consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou le savoir.

C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible... L'infirmière est temporairement la conscience de l'inconscient, le désir de vivre de celui qui pense au suicide, la jambe de l'amputé, les yeux de celui qui vient de perdre la vue, le moyen de locomotion du nourrisson, le savoir et la confiance de la jeune mère, l'interprète de ceux qui sont trop faibles pour s'exprimer, et ainsi de suite ». « **COLLIERE, M-F., Virginia,H, 1994** »

**On appelle "soins infirmiers"** l'ensemble des connaissances théoriques et des savoir-faire propres au métier d'infirmier ou d'auxiliaire médical. L'objectif des soins infirmiers est de garantir au maximum le bien-être physique, psychique et social du patient. [Médecine]. « **[www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin-infirmier/](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin-infirmier/) 10-02-2015 à 16 : 02** ».

#### **La définition de l'OMS :**

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict. Ceci exige que les

infirmières apprennent et assurent des fonctions ayant trait au maintien et à la promotion de la santé aussi bien qu'à la prévention de la maladie.

« [www.soins-infirmiers.com/soin infirmier/10-02-2015](http://www.soins-infirmiers.com/soin_infirmier/10-02-2015) à 16 : 02 »

Les soins infirmiers englobent également la planification et la mise en œuvre des soins curatifs et de réadaptation, et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort.

Les infirmières permettent la participation active de l'individu, de sa famille et de ses amis, du groupe social et de la communauté, de façon appropriée dans tous les aspects des soins de santé, et encouragent ainsi l'indépendance et l'autodétermination. Les infirmières travaillent aussi comme partenaire des membres des autres professions impliquées dans la prestation des services de santé. « [www.soins-infirmiers.com/soin infirmier/10-02-2015](http://www.soins-infirmiers.com/soin_infirmier/10-02-2015) à 16 : 02 »

En ce qui concerne la prévention et le dépistage de la maltraitance, ils ne se raccordent pas forcément au soin proprement dit, l'approche étant pluriprofessionnelle.

Cette prévention et ce dépistage sont aussi du ressort administratif et médical. Le directeur n'étant pas soignant mais tout aussi responsable.

« [www.soins-infirmiers.com/soin infirmier/10-02-2015](http://www.soins-infirmiers.com/soin_infirmier/10-02-2015) à 16 : 02 »

### **III La relation d'aide :**

**Pour H. Lazure,** « la relation d'aide vise l'un ou l'autre des objectifs suivants chez la personne aidée : traverser une épreuve, résoudre une situation de vie actuellement ou potentiellement problématique, trouver un fonctionnement personnel plus satisfaisant et détecter le sens de l'existence. ». « **CANOUI P., MAURANGES A, 2004** ».

**C. Rogers** parle de « relations dans lesquelles l'un au moins des deux protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie ».

**Bammer,J** : « aider est un processus qui facilite la croissance et par lequel une personne peut en aider une autre à croître dans la direction choisie par celle-ci ». « **CANOUI P., MAURANGES A, 2004** ».

### **1. Le rôle de relation d'aide :**

La relation d'aide est un soin puisqu'elle permet de rassurer le patient, de diminuer sa peur et son anxiété face à la maladie et au traitement. « [http://www.soins-infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».

- 1) Elle aide le patient à accepter une situation difficile (maladie grave, modification du schéma corporel, perte, deuil).
- 2) Elle va aider le patient à être clairvoyant donc dans sa situation et l'aide à prendre des décisions.

La relation d'aide repose sur un ensemble de principe et d'attitude avec lesquelles le soignant doit se familiariser. Il y a certaines valeurs à ne pas écarter : le respect, le non-jugement et la mise ne confiance. « [http://www.soins-infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».

### **2. Les techniques de relation d'aide :**

#### **A. Techniques non-verbales :**

- 1) Le toucher.
- 2) Un signe de tête.
- 3) Sourire de complicité.

- 4) Attitude : éviter la dominante perpendiculaire, ne pas tourner le dos, privilégier le face à face.
- 5) L'écoute : écoute active, attentionnée, concentrée, savoir se taire.

**B. Techniques verbales :**

Les techniques verbales sont les différentes techniques d'entretien :

- 1) **Le reflet simple** : relevé un élément important ou reproduire les dernières paroles.
- 2) **La reformulation** : utiliser lorsqu'il est important que l'interlocuteur se rend compte qu'il a été bien compris ou pour savoir si l'information a été bien comprise ou lorsque l'interlocuteur est en difficulté pour trouver une solution ou pour dégager un terrain d'entente dans une négociation. Elle permet au patient de prendre du recul ; d'aller plus loin dans la conversation car il se sent compris et écoutés ; de mettre des mots sur sa souffrance ; de baisser sa défense ; d'établir une relation de confiance.
- 3) **L'élucidation** : elle vise à relever des sentiments et des attitudes qui ne déroulent pas des paroles du sujet, mais qui peuvent raisonnablement être déduites de la communication ou de son contexte. « [http://www.soins-infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».

**3. Les éléments à prendre en compte dans la relation d'aide :**

- 1) **L'attitude empathique** : c'est ressentir l'univers particulier du patient comme si c'était le sien. C'est être au plus proche de la compréhension du patient et de lui faire savoir. « [http://www.soins-infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».
- 2) **La distance professionnelle** : Pascal PRAYEZ, docteur en psychologie clinique et sociale, définit la distance comme « la

séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable ». « **PRAYEZ, P, 2009** ».

La distance peut être tributaire des affects qui se jouent dans la relation soignant-soigné. Ces affects peuvent amener les soignants à adopter des mécanismes de défense nocifs à la prise en charge du patient et au soignant lui-même puisque cela risque d'engendrer une perte de sens des actions soignantes aboutissant au burn-out. Mais l'inverse est autant néfaste s'il se produit un surinvestissement caractérisé par « une volonté de réparation ou une culpabilisation outrancière. [...] Il s'agit donc de pouvoir adopter une relation au patient permettant de concilier approche qualitative du malade et épanouissement professionnel des soignants. ». « **PELISSIER, D, 2013** ».

- 3) **La distance personnelle** : D'après **HALL, Edward** est : « De 1m20 à 0m45, il devient possible de toucher et d'être touché, le corps de l'autre est à portée de main, cette distance nécessite un minimum de confiance, la voix est peu élevée. On ne perçoit plus la globalité du corps de l'autre, mais on gagne en précision sur certains détails : couleur des yeux, détails du visage ». « **HALL, E, 2004** ».
- 4) **La distance intime** : « De 0m45 au contact physique, la vue n'est plus la seule en jeu, d'autres canaux rentrent en jeu : l'odeur, le rythme respiratoire, la température de la peau. La voix est murmurée, l'imminence du contact physique domine la conscience des partenaires ». « **HALL, E, 2004** ».
- 5) **Les émotions** : c'est un phénomène psychologique naturel que l'on ne choisit pas de vivre ou de ne pas vivre.

Elles arrivent spontanément et sont involontaires dans notre relation avec l'entourage. Elles sont des réactions complexes qui engagent à la

fois le corps et l'esprit, L'émotion est une action alors qu'un sentiment est subjectif, c'est un ressenti. Le sentiment est la conséquence de l'émotion. « [http://www.soins infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins_infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».

- 6) **Le mécanisme de défense** : il intervient inconsciemment pour protéger l'individu contre des émotions insupportable à vivre, c'est donc afin de maintenir un équilibre émotionnel supportable : Le refoulement : rejet dans l'inconscient d'idées insupportables, L'évitement. « **Opt cite soin infirmier (même site)** ».

### **III Les différentes techniques relationnelles dans la pratique infirmière :**

#### **1. L'empathie :**

Etymologiquement emp – pathie signifie ressentir en dedans. On partage le point de vue d'autrui pour observer ses pensées et sentiments. La conscience de soi se place dans la situation d'un autre pour partager son expérience. Il y a une recherche de compréhension et conscience.« [http://dictionnaire.doctissimo.fr/definitionempathie.htm/](http://dictionnaire.doctissimo.fr/definitionempathie.htm) 13-02-2015 à 7 : 03 ».

Pour Carl ROGERS, « être empathique c'est percevoir le cadre de référence interne d'autrui aussi précisément que possible et les composants émotionnels et les significations qui lui appartiennent comme si l'on était cette personne mais sans jamais perdre de vue la condition du comme si ». « **Rogers, C, 2004** »

**Janice M. Morse dans son article** caractérise l'empathie de façon multifactorielle, la première composante étant pour elle « Morale ». En effet dans l'un de ses articles il s'appuie sur une conviction de ROGERS (1962) et BUBER (1973) décrivant « une acceptation inconditionnelle de

la différence des autres êtres humains comme condition préalable à des relations humaines,». Il est possible d'en déduire que l'acceptation de la différence de l'autre revêt un caractère relatif à la morale. Une bonne moralité serait alors une des conditions préalable aux relations humaines et par extension à l'empathie. « **Janice. M. Morse, 1999** »

La composante suivante, à savoir le caractère affectif de l'empathie, est désignée comme « la capacité que l'on a à percevoir subjectivement et à partager l'état psychologique ou les sentiments intrinsèques d'une autre personne, ce qui signifie ressentir ce que les autres ressentent ».

Ce nouvel élément renvoie l'idée que la capacité à ressentir la détresse d'autrui est un facteur primordial à l'entière compréhension d'un état.

A ceci, elle ajoute que « c'est la manifestation de l'empathie émotionnelle qui incite le soignant à prendre la décision consciente de s'impliquer dans l'empathie cognitive et comportementale ou bien de l'éviter et de prendre de la distance par rapport à la détresse de l'autre ». « **Janice. M. Morse, 1999** ».

**J.DECETY** caractérise lui l'empathie par deux composantes primaires à savoir, « une réponse affective envers autrui qui implique parfois (mais pas toujours) un partage de son état émotionnel et la capacité cognitive de prendre la perspective subjective de l'autre personne ». « **MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A, 2008** ».

**Selon Gérard JORLAND**, « L'empathie est une disposition psychique qui consiste à se mettre à la place d'autrui sans forcément éprouver ses émotions. (...) L'empathie n'est pas une relation affective mais bien une relation cognitive, elle n'a pas pour fonction de reconnaître les émotions

d'autrui mais de comprendre l'autre en adoptant son point de vue ». « **FORMARIER, M. ; JOVIC, L, 2009**».

## **2. La sympathie :**

De l'étymologie grec, sym-pathie signifie « ressentir avec », on fait un avec l'objet et partage ses pensées et ses sentiments. « <http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-sympathie.htm/13-02-2015> à 7 : 03 »

Pour le dictionnaire Le ROBERT, elle est la « participation à la douleur d'autrui, le fait de ressentir tout ce qui touche à autrui ». « **FORMARIER, M. ; JOVIC, L, 2009**».

Dans l'usage courant, la sympathie peut également se référer à être conscient des émotions positives éprouvées par les autres, la conscience est déplacée vers l'autre, il y a fusion. « **FORMARIER, M. ; JOVIC, L, 2009** ».

Néanmoins, **E. PACHERIE**, directrice de recherche au CNRS suppose que même dans ce contexte, « nous prenons part à l'émotion éprouvée pour autrui, que nous partageons sa souffrance ou son expérience affective. La sympathie met en jeu des fins altruistes et suppose l'établissement d'un lien affectif avec celui qui en est l'objet ». « **Ibid** ».

## **3. Les émotions :**

### **A. Définition :**

L'émotion est une réaction affective brusque et momentanée, agréable ou pénible, souvent accompagnée de manifestations physiques ou de troubles psychologiques. Une émotion est subjective et contextualisée. « **FORMARIER, M. ; JOVIC, L, 2009**».

Selon Max Pagès, l'émotion est « un système qui lie deux fonctions essentielles : d'une part, une fonction d'orientation de la conduite ; d'autre part, une fonction sociale de communication par la standardisation de comportements qui prennent valeur de signal et élicitent des comportements comparables ou complémentaires chez autrui. Mimiques et postures servent d'instruments de communication sociale. ». « **Max P, Viviane, D, 1995** » .

Le travail soignant comporte à la fois une composante technique, organisationnelle mais aussi relationnelle. Certains affects peuvent entraver le travail d'où la nécessité pour le soignant de s'en protéger. « **Géraldine, L, 2010** ».

En effet, les normes de neutralités encadrent la vie émotionnelle des soignants à l'hôpital. Colère, peur, tristesse, joie, sont normées à l'hôpital comme dans le reste de la société.

Norbert Elias, sociologue, met en évidence le processus de civilisation qui borne à la fois le ressenti et l'expression émotionnelle. Chacun d'entre nous apprend ce qu'il est bon de ressentir et de montrer que ce soit dans la vie personnelle, professionnelle ou sociale. C'est par le débordement que ces limites émotionnelles sont mises en évidence : lorsque l'infirmière pleure « trop » au décès d'un patient ou qu'au contraire elle ne montre pas suffisamment de sensibilité, lorsqu'elle se met en colère alors que les malades sont agressifs ou irrespectueux parce qu'ils souffrent et qu'elle doit se montrer compréhensive à leur égard. Ainsi le « silence » voile toute la vie émotionnelle des soignants.

Les soignants sont quotidiennement confrontés à leurs émotions. Les émotions sont au cœur du soin. « Dans l'intimité d'une chambre d'hôpital, toutes les émotions sont potentiellement présentes », observe

Alexandre Manoukian, psychologue. Les soignants ne sont pas des machines face à des machines. Les émotions les plus facilement identifiées sont assez négativement connotées comme la colère, ou la tristesse. Certaines situations peuvent susciter de la peine telles qu'une femme trentenaire, épouse et mère, atteinte d'un cancer incurable ; un patient pris en charge depuis des années qui décède ; l'isolement absolu des personnes démentes, ou l'incapacité et l'impuissance face à la souffrance d'une personne enfin de vie. Des reproches perçus comme injustes, des paroles ou un comportement agressif, inadapté, l'irrespect du personnel, du matériel, du travail consistent des causes fréquentes de colère chez les infirmières. La peur n'est pas non plus étrangère au vécu émotionnel des infirmières même si elle est davantage ressentie dans les services où la violence, principale source de peur chez les soignants face aux patients, est plus présente, comme la psychiatrie. « **Géraldine, L, 2010** ».

### **B. Dans la pratique infirmière :**

Suite à des entretiens infirmiers, trois types d'émotions ont été mises en évidence : « **CUDRE, D., 2008** ».

- 1) **Les émotions considérées comme nécessaires** : « On ne peut pas travailler sans émotions ce n'est pas possible et puis c'est justement les émotions, pour moi, qui sont un moteur dans ma fonction. Elles sont un moteur pour le soin ».
- 2) **Les émotions régulées et reconnues** : « C'est quand même un métier où on travaille avec des gens, des gens en souffrance, si on n'avait pas d'émotions... Il ne faut pas non plus se laisser submerger et puis pleurer avec le patient. ».

3) **Les émotions réprimandées** : « Pour être professionnelle, il est important de se tenir en delà des émotions. Je ne dois pas me laisser déborder par les émotions, je dois être pleinement moi-même et lutter avec mes propres émotions pour pouvoir écouter l'autre ». « **CUDRE, D., 2008** ».

#### **IV La relation soignant soigné :**

D'après Alain Manoukian « c'est avec son corps sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation ». « **MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A, 2008** »

Outre la nécessité d'une présence physique, il ajoute que l'affectivité est un élément central de l'échange avec autrui. L'entrée dans une relation avec le corps se fait tout d'abord par l'apparence physique mais aussi par la posture que prend le professionnel. En effet, au-delà de l'aspect extérieur compte la distance physique, les déplacements dans l'espace et la présence d'un contact direct ou non. L'évitemment « **[http://www.soins.infirmiers.com/relation\\_soin.php](http://www.soins.infirmiers.com/relation_soin.php) / 13-02-2015 à 7 : 03** ».

L'entrée dans la relation se fait aussi grâce à la parole. La communication est une information qui passe d'un point A un point B. Communiquer ne signifie pas être d'accord ou partager des pensées identiques, mais recevoir l'information afin d'adapter une attitude thérapeutique. Il existe un échange réel, fait à la fois d'écoute et de prise de parole. C'est à travers la communication que l'on essaye de comprendre ce que le patient attend de nous. Lorsqu'il expose ses craintes, ses peurs ou ses interrogations, le soignant se doit de pouvoir cerner ses besoins en matière d'approche thérapeutique.

Enfin l'entrée en relation se fait par l'affectivité qui peut être positive et aider le soignant à la prise en charge ou négative et l'emmener à se détacher. En effet, la charge émotionnelle de la relation peut être la

conséquence d'un épuisement important chez le soignant.  
« [http://www.soins\\_infirmiers.com/relation\\_soin.php](http://www.soins_infirmiers.com/relation_soin.php) / 13-02-2015 à 7 : 03 ».

### **1. Les rôles dans la relation :**

A. MANOUKIAN, psychologue clinicien, définit la relation interhumaine comme étant « la rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières, et deux histoires [...] ». « **MANOUKIAN, A, 2008** ».

Pour C. MONTET-AUBREE, psychologue clinicienne, il s'agit de « liens tissés entre plusieurs personnes » avec une alternance des rôles « émetteur » et « récepteur ». Elle ajoute que « toute relation à l'autre [...] nous est très personnelle, car elle fait référence à des liens tissés dans notre enfance ». « **MONTET, A, 1998** ».

Les rôles de chacun sont identifiés, l'objet et l'interprétation des échanges qui s'opèrent entre eux dépendent d'autres facteurs. Selon A.MANOUKIAN. Notamment avec leurs valeurs personnelles, leurs représentations, leurs préjugés, leurs émotions, leurs désirs, leurs comportements, les enjeux, etc. Viennent ensuite les facteurs sociaux, avec la classe d'âge, le sexe, la catégorie socioprofessionnelle, la culture, les origines, l'histoire de vie... Et enfin les facteurs physiques avec les perceptions propres à chacun, l'aspect physique. « **MANOUKIAN, A, 2008** ».

Dans la relation soignant-soigné, on peut donc identifier deux rôles. Le soignant est celui qui justifie de connaissances, d'un savoir-faire, et qui prodigue des soins. Selon V. HENDERSON, infirmière puis enseignante. « **COLLECTIF – Virginia, H, 2002** ».

Le rôle de l'infirmière consiste à aider l'individu, malade ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers

moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible. « **COLLECTIF – Virginia, H, 2002** ».

## **2. Besoin de soins :**

« Le rôle de l'infirmière est de maintenir l'indépendance dans la satisfaction du besoin et de restaurer celle temporairement perdue ». « **COLLECTIF – Virginia, H, 2002** ».

On peut donc admettre que « le soin » repose sur l'aide ou le maintien de la capacité à combler ces besoins. Cette idée est reprise par l'ANESM (Agence Nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et Services sociaux et Médico-sociaux) dans sa définition de la « bientraitance ». « **ANESM, 2008** ».

Par ailleurs, la relation qui en découle entre le professionnel et le soignant réside dans une succession d'interactions. « **FORMARIER, M, 2007** ».

Différents auteurs, comprenant des psychologues, des cadres de santé, des infirmiers... ont étudié la relation soignant-soigné pour dresser des principes et des méthodes visant à optimiser la qualité de ces interactions, comme la philosophie de l'humanité popularisée par Y. GINESTE et R. MARESCOTTI qui mettent entre autre l'accent sur l'attention portée à la personne et sur la qualité du regard, de la parole et du toucher. « **PANNETIER, C, 2009** ».

### **3. Dans les relations :**

Il existe une multitude de types de relation entre le soignant et le soigné, reprises

Par M. FORMARIER, formatrice à l'Association de Recherche en Soins Infirmiers (ARSI) qui rappelle que, « cette notion cache un grand nombre d'interactions et de relations très diverses que nous avons tendance à amalgamer plutôt qu'à identifier et à analyser. ». « **FORMARIER, M, 2007** ».

Elle évoque ainsi la relation de civilité, qui réside dans le respect des règles de politesse, du savoir-vivre et des convenances, et la relation de soins qui « est centrée sur le présent, sur l'acte technique, sur l'activité en cours, sur le devenir immédiat du patient ». « **FORMARIER, M, 2007** ».

Puis dans une dimension plus psychologique, elle mentionne la relation d'empathie, la relation d'aide psychologique, le conseling (aide psychologique), la relation thérapeutique, la relation éducative, la relation de soutien social...

Mais si ces types de relation diffèrent effectivement par leurs objectifs, on constate qu'elles reposent toutes sur des principes empruntés à la psychologie humaniste. C. ROGERS est un des pionniers de ce mouvement, et a beaucoup écrit sur la relation d'aide.

Si on peut recenser plus d'une vingtaine de courants de pensée différents dans la profession infirmière « **COLLECTIF Virginia, H, 1996** ».

Il me semble que la relation d'aide regroupe une grande partie des principes permettant de conduire une relation soignant-soigné de manière idéale. Même si elle est souvent attribuée au secteur psychiatrique, la relation d'aide peut être présente dans chaque service.

Une relation d'aide, c'est lorsqu'une personne se tourne vers une autre pour lui offrir son soutien « **COLLECTIF Virginia, H, 2009** ».

C. ROGERS définit la relation d'aide comme « une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre partie, ou chez les deux, une appréciation plus grande des ressources latentes internes de l'individu, ainsi qu'une plus grande possibilité d'expression et un meilleur usage fonctionnel de ces ressources. ». « **ROGERS, C, 2005** »

L'intérêt d'identifier et d'exploiter ainsi les ressources du patient, est de lui redonner, ou plutôt de faire ressurgir des capacités sous-jacentes pour qu'il puisse récupérer son « autonomie psychique ». Dans le champ de la psychologie, il s'agit pour le patient d'arriver à faire face à des situations qu'il juge dramatiques ou traumatisantes. « **FORMARIER, M, 2007** ».

WATSON. En effet, selon elle, la base du « caring » repose sur des valeurs humanistes solides que l'infirmière doit cultiver, associées à des connaissances scientifiques pour guider ses activités. Elle ajoute qu'il vise « une démarche soignante qui favorise soit le rétablissement (ou le maintien) de la santé, soit une mort paisible. ». « **WATSON, J, 1998** ».

Toujours dans l'optique de permettre au patient de recouvrer son autonomie, on peut évoquer la notion de relation éducative qui conjugue les dimensions psychologiques, cognitives, et techniques. En effet, selon M. FORMARIER, « la relation éducative [...] ne relève pas seulement d'un transfert de savoir du soignant vers le patient, mais également d'un soutien et d'un accompagnement psychologique pour que le patient suive les conseils, justifiés par son état de santé, et retrouve une qualité de vie satisfaisante pour lui. ». « **FORMARIER, M, 2007** ».

A. MANOUKIAN reprend les points clefs de la relation d'aide et énonce qu'elle est « fondée sur le développement d'une relation de confiance [et] le respect de certaines règles comme la considération positive,

l'authenticité, l'empathie, et l'absence de jugement ». « **MANOUKIAN, A, 2008** ».

#### **4. Alliance thérapeutique et négociation :**

Dans un contexte de soins, on peut définir ce qui peut être négocié, et ce qui ne le peut pas. Ainsi, nous l'avons déjà évoqué plus haut, tout ce qui consisterait à transgresser la loi et la réglementation est exclu, et de ce fait, toutes les demandes qui doivent faire l'objet d'une prescription médicale.

En revanche, tout ce qui relève de l'organisation du soin, des objectifs de soins, des actions auprès du patient et de sa participation peuvent faire l'objet de négociation.

Cette négociation va permettre de créer une alliance thérapeutique entre le patient et le professionnel. Cette notion surtout utilisée en psychiatrie, s'applique aussi dans les services généraux. « **BELLANGER, S, LANGLOIS, C, LOUGEZ, S, 2011** ».

Le dictionnaire infirmier de psychiatrie décrit l'alliance thérapeutique comme « la constitution d'un lien entre le soignant et le soigné, l'un et l'autre s'engageant à collaborer à la recherche d'un mieux être du second ». « **COLLECTIF Virginia, H, 2005** ».

Dans l'ouvrage L'alliance thérapeutique, les auteurs reprennent le point de vue du psychologue américain E.S BORDIN, et expliquent « [qu'une] bonne alliance implique que le thérapeute et le client définissent ensemble la problématique, s'entendent sur les objectifs poursuivis au cours de la démarche, développent conjointement un plan d'intervention et partagent la possibilité de la mise en œuvre et de l'évaluation des résultats obtenus. « **COLLECTIF Virginia, H, 2011** ».

**VLLa réanimation :**

**1. Définition du service de réanimation :**

M. GROSCLAUDE dans son ouvrage explique l'étymologie du terme « réanimer » qui signifie littéralement « faire revenir à la vie ». « **BELLON, R, 2009** »

Le service de réanimation comme un milieu « froid et angoissant. On pourrait le comparer à une ruche : beaucoup de bruit, de travail et de personnes [...] Les soins techniques sont lourds et difficiles et il ne semble pas y avoir beaucoup de place pour la communication...pourtant celle-ci est essentielle [...] ». « **BELLON, R, 2009** »

« La compétence requiert un équipement en savoirs et capacités mais ne se réduit pas à cet équipement... L'expérience montre chaque jour que des personnes qui sont en possession de connaissances ou de capacités ne savent pas les mobiliser de façon pertinente et au moment opportun dans une situation de travail. ». « **LE BOTERF G, 2005** »

Ensemble des moyens mis en œuvre soit pour pallier la défaillance aiguë d'une ou de plusieurs fonctions vitales, dans l'attente de la guérison, soit pour surveiller des malades menacés de telles défaillances du fait d'une maladie, d'un traumatisme ou d'une intervention chirurgicale. « **Dictionnaire Larousse Médical, 1995** ».

La réanimation est l'ensemble des moyens, dispensés par des médecins spécialisés (réanimateurs) permettant de rétablir ou surveiller les fonctions vitales momentanément défaillantes et compromises mettant directement en jeu le pronostic vital, susceptibles de survenir au cours de traumatisme, de situation médicale aiguë ou chirurgicale. Elle implique un monitoring continu des fonctions vitales et le cas échéant, le recours à des méthodes de suppléance (transfusion de dérivés sanguins,

remplissage vasculaire, ventilation mécanique, hémodialyse, circulation extracorporelle, etc.) « [http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Définition-OMS/ 02-02-2015/ 10 : 12](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Définition-OMS/02-02-2015/10:12) ».

## 2. L'organisation de service de réanimation :

La réanimation s'exerce dans des services hospitaliers. « **Ferrand E, Benhamou-Jantelet G. 2007.** ».

A. La réanimation chirurgicale : très souvent couplée à l'anesthésie, assure la prise en charge des traumatisés et des malades ayant subi ou devant subir une intervention chirurgicale lourde ou à risque élevé et nécessitant une surveillance très étroite.

B. La réanimation médicale : assure la prise en charge de patients souffrant de maladies graves (intoxication, insuffisance respiratoire aiguë, coma, maladie cardiaque, rénale ou infectieuse) dont le traitement ne relève pas de la chirurgie.

En fait, pour l'essentiel, les techniques mises en œuvre pour la surveillance et les soins sont comparables, quel que soit le type de réanimation : surveillance clinique et biologique rapprochée, monitoring cardiaque, respiration et nutrition artificielles, épuration extrarénale, etc. Nombre d'unités assurent d'ailleurs une réanimation polyvalente (« soins intensifs » médicochirurgicaux), les dénominations en usage variant selon les pays.

Il existe également des unités de réanimation spécialisées dévolues à la prise en charge spécifique de certaines populations ou de certaines pathologies : unités de réanimation pédiatrique ou néonatale, cardiologique, respiratoire, neurochirurgicale, centres de brûlés, etc. Ce qui réunit dans la pratique l'ensemble des unités

de réanimation et définit la spécialité est la continuité de la surveillance et des soins (24 heures sur 24) et la présence permanente d'une équipe médicale spécialisée sur place, chargée de répondre immédiatement à toute urgence. Des unités de réanimation mobiles ont été créées dans les pays développés, destinées aux secours et au transport immédiat des blessés, accidentés de toutes sortes et malades atteints gravement.

« Ferrand E, Benhamou-Jantelet G, 2007 ».

**3. Méthodologie d'élaboration du référentiel de compétences en réanimation :**

**A. La première étape :** a consisté à identifier les situations cliniques spécifiques et uniques à la réanimation. Le référentiel a été décliné en 12 chapitres correspondant à ces situations. Deux chapitres additionnels sont consacrés l'un aux compétences complémentaires nécessaires pour exercer en réanimation pédiatrique, l'autre aux compétences complémentaires en pansements et drainages complexes.

**B. La seconde étape :** a consisté à décliner ces situations en savoirs, aptitudes et compétences, conformément au « Cadre européen des certifications pour l'éducation et la formation tout au long de la vie », avec les définitions suivantes : « © SRLF et Springer, V, 2011».

**1) savoir :** « Le résultat de l'assimilation d'informations grâce à l'éducation et à la formation. Le savoir est un ensemble de faits, de principes, de théories et de pratiques liés à un domaine de travail ou d'étude. Le Cadre européen des certifications fait référence à des savoirs théoriques ou factuels » ;

2) **aptitude** : « La capacité d'appliquer un savoir et d'utiliser un savoir faire pour réaliser des tâches et résoudre des problèmes. Le Cadre européen des certifications fait référence à des aptitudes cognitives (utilisation de la pensée logique, intuitive et créative) ou pratiques (fondées sur la dextérité ainsi que sur l'utilisation de méthodes, de matériels, d'outils et d'instruments) » ; « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

3) **compétence** : « La capacité avérée d'utiliser des savoirs, des aptitudes et des dispositions personnelles, sociales ou méthodologiques dans des situations de travail ou d'études et pour le développement professionnel ou personnel.

Le souhait du groupe a été de produire un document le plus synthétique possible, de façon à le rendre opérationnel.

Aussi, un important travail a été fait afin de limiter le nombre de compétences, tout en s'efforçant d'illustrer le plus fidèlement et le plus précisément possible la spécificité du travail infirmier en réanimation. Afin que les membres médicaux du groupe n'influencent pas la rédaction de ces compétences, celles ci ont d'abord été écrites par les infirmiers puis soumises pour validation à l'ensemble. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

#### **4. Référentiel de compétences de l'infirmier de réanimation :**

##### **4.1. Accompagnement d'un patient en situation de détresse vitale et de ses proches :**

###### **1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Les modalités de la communication avec un patient et ses proches dans un contexte de détresse vitale ;

- C. La notion de compétence du patient ou de ses représentants : aptitude du patient ou de ses représentants à recevoir et à comprendre les informations, à faire des choix dans tous les domaines de la prise en charge ; « © SRLF et Springer-V, 2011».
- b) Le cadre juridique concernant la personne de confiance et le secret professionnel ;
  - c) Les règles et procédures de son service concernant les visites, la communication et les transmissions des informations aux proches ;
  - d) Les mécanismes du stress et ses conséquences ;
  - e) Les différentes étapes du deuil lors d'un événement brutal ;
  - f) Les structures d'aides sociales et psychologiques des patients et de leurs proches ;
  - g) Les principales sources d'inconfort d'un patient en unité de réanimation.

## 2) **Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'accueillir, d'accompagner et d'informer le patient et ses proches en collaboration avec l'équipe pluriprofessionnelle;
- b) De mobiliser les ressources humaines et d'utiliser les moyens matériels nécessaires à l'optimisation de la communication avec le patient et ses proches ;
- c) D'adapter ses soins aux souhaits du patient en tenant compte des objectifs des soins et de la compétence du patient, pour lui préserver un « espace d'autonomie » ;
- d) D'assurer la traçabilité d'un entretien en retranscrivant les éléments clefs de l'échange ;
- e) D'identifier les représentations des patients et de leurs proches liées à une situation de détresse vitale ;

- f) D'identifier les répercussions psychosociales et économiques pour les proches d'un patient hospitalisé en réanimation et apporter une réponse adaptée ;
- g) D'assurer le maintien du confort du patient dans l'environnement spécifique de la réanimation ou lors de transferts. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**3) Compétences :**

- a) L'infirmière identifie les besoins particuliers du patient en situation de détresse vitale et met en œuvre les moyens pour y répondre, en tenant compte de son pronostic et de son contexte psychosocial et cognitif ;
- b) L'infirmière prépare l'entourage à rencontrer, dans un environnement de réanimation, le patient en situation de détresse vitale et/ou d'atteinte à son intégrité corporelle en tenant compte des expériences, des sensibilités socioculturelles et du contexte cognitif de chacun ;
- c) L'infirmière s'assure de la bonne compréhension par le patient et sa famille des informations transmises par le corps médical relatives à l'évolution de son état de santé en tenant compte des priorités de prise en charge thérapeutique et en respectant les règles professionnelles en vigueur.

**4.2. Patient en situation d'insuffisance circulatoire :**

**1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Les bases physiopathologiques, les signes cliniques et paracliniques et les principales étiologies d'une défaillance circulatoire ;
- b) La procédure en cas de survenue d'un arrêt circulatoire ;

- c) Les différents paramètres de surveillance hémodynamique et les valeurs normales des paramètres biologiques utilisés dans ce contexte ;
- d) Les différents types de surveillance hémodynamique : indications, procédures de mise en place, limites, complications et modalités de leur utilisation ;
- e) Les conséquences de l'état de choc sur le comportement physique et psychologique du patient et les modes de communication adaptés à la situation. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'identifier un arrêt cardiaque et de débiter les gestes de réanimation ;
- b) D'identifier les signes cliniques d'un état de choc et les décrire au médecin ;
- c) D'organiser et d'adapter la surveillance des paramètres vitaux du patient en fonction de son état ;
- d) De mettre en œuvre les thérapeutiques de la défaillance circulatoire selon le protocole et le matériel du service ;
- e) D'utiliser les différents systèmes de monitoring hémodynamique de son service ;
- f) D'effectuer des mesures hémodynamiques au moyen d'un monitoring en vérifiant la pertinence de la mesure effectuée.

**3) Compétences**

- a) L'infirmière dispense les soins d'hygiène et de confort requis auprès d'un patient bénéficiant d'un monitoring hémodynamique en assurant le bon fonctionnement et la sécurisation des dispositifs

en place et en prenant en compte l'état circulatoire du patient, et en regard de sa situation particulière ;

- b) L'infirmière adapte l'administration des catécholamines selon la prescription médicale en analysant l'évolution hémodynamique retransmise par le monitoring

#### **4.3. Patient en situation d'insuffisance respiratoire aiguë :**

##### **1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Les bases physiopathologiques, les signes cliniques et paracliniques, les principales étiologies et les risques encourus par le patient présentant une insuffisance respiratoire aiguë ;
- b) Les mécanismes d'apparition et les moyens de gestion du stress et de la crise d'un patient en détresse respiratoire ;
- c) Les techniques de surveillance d'un patient en insuffisance respiratoire aiguë
- d) Les modalités de prélèvement, d'acheminement et les valeurs normales des gaz du sang ;
- e) Les différentes techniques d'oxygénothérapie, d'assistance respiratoire et leurs paramètres de réglage et de surveillance ; « © SRLF et Springer-V, 2011 ».
- f) L'infirmière connaît les différentes interfaces de l'assistance respiratoire invasive et non invasive ;
- g) Les procédures d'intubation de son service ;
- h) Les procédures de gestion des voies aériennes ;
- i) Les techniques d'optimisation des échanges gazeux ;
- j) La procédure de sevrage ventilatoire de son service ;
- k) La procédure d'extubation. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'identifier cliniquement une défaillance respiratoire et d'en évaluer le degré de gravité en regard du diagnostic posé et de mettre en oeuvre les premières mesures de mise en sécurité du patient hors assistance respiratoire ;
- b) De reconnaître et de transmettre une perturbation de la gazométrie ;
- c) D'informer le patient sur la nécessité et les modalités de l'assistance respiratoire ;
- d) D'assurer le confort psychologique et physique du patient sous assistance respiratoire et celui de son entourage ;
- e) De surveiller les réglages du respirateur en fonction du diagnostic posé ;
- f) De s'assurer du réglage des alarmes du respirateur en fonction du mode ventilatoire et du protocole ;
- g) D'identifier une défaillance respiratoire et d'en évaluer le degré de gravité en regard du diagnostic posé et de mettre en oeuvre les premières mesures de mise en sécurité du patient sous assistance respiratoire ;
- h) De mettre en oeuvre les différentes techniques d'oxygénothérapie et d'assistance respiratoire selon les procédures du service ;
- i) D'installer un patient sous assistance respiratoire ;
- j) D'assurer les soins des voies aériennes selon les procédures de son service ;
- k) De réaliser l'épreuve de sevrage en vue de l'extubation selon la procédure du service ;

l) D'extuber un patient sur prescription médicale selon la procédure et d'en assurer la surveillance au décours. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**3) Compétences :**

a) L'infirmière prévient les différents risques liés à l'assistance respiratoire en évaluant l'évolution des signes cliniques et paracliniques au regard des résultats attendus par la thérapeutique prescrite ;

b) L'infirmière dispense les soins d'hygiène et de confort au patient sous assistance respiratoire en assurant la sécurité et l'efficacité de sa ventilation ;

c) L'infirmière accompagne le patient en situation de sevrage ventilatoire en tenant compte de l'évolution de sa pathologie, du projet du patient et de son contexte psychosocial et cognitif.

**4.4. Patient en situation d'insuffisance rénale aiguë :**

**1) Savoir :**

L'infirmière connaît et comprend :

a) Les bases physiopathologiques, les signes cliniques et paracliniques, les différentes étiologies d'une insuffisance rénale aiguë et les risques encourus par le patient ;

b) Les différentes techniques d'épuration extrarénale, les principes d'épuration et leurs complications potentielles ;

c) Les modalités d'utilisation des différents appareils d'épuration extrarénale de son service ;

d) Les procédures d'épuration extrarénale en cours dans son service ;

e) Les différentes voies d'abord vasculaires ;

f) leurs avantages, limites, risques et dysfonctionnements potentiels (les mesures correctives) ;

- g) le matériel nécessaire à leur pose ;
- h) les procédures de surveillance et d'utilisation. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

2) **Aptitude :**

L'infirmière est capable :

- a) De surveiller les différents paramètres cliniques et biologiques permettant de détecter une insuffisance rénale et de transmettre au médecin les données recueillies et pertinentes ;
- b) De mettre en œuvre une séance d'épuration selon le protocole de service et la prescription médicale ;
- c) D'expliquer au patient la thérapeutique entreprise, ses objectifs et les contraintes qu'elle va engendrer ;
- d) De déceler une complication chez le patient lors de la séance d'épuration extrarénale, de la transmettre au médecin et de la corriger à l'aide d'une prescription médicale ;
- e) D'identifier un dysfonctionnement sur le cathéter, la fistule, le circuit extracorporel ou le générateur et d'y répondre selon le protocole du service ;
- f) D'assurer le confort physique et psychologique du patient sous EER ainsi que celui de ses proches ;
- g) De prévenir un accident d'exposition au sang lors des manipulations du circuit extracorporel ;
- h) D'assurer l'entretien des différentes machines et sa traçabilité selon la procédure du service.

3) **Compétences :**

- a) L'infirmière gère la suppléance rénale en prévenant ses différents risques au travers de l'évaluation de l'évolution des différents

signes cliniques et paracliniques et en détectant toute anomalie liée au fonctionnement du circuit et à l'efficacité du cathéter ;

- b) L'infirmière installe et accompagne le patient lors d'une situation d'épuration extrarénale à caractère urgent et/ou à devenir chronique en regard de sa situation singulière et de ses représentations, du stress occasionné par cette technique invasive en lui assurant confort et sécurité. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

#### **4.5. Le patient sédaté :**

Elle est définie par J.M POURRIAT « comme l'utilisation de moyens médicamenteux ou non, destinée à assurer le confort physique et psychique du patient en réanimation et à faciliter les techniques de soins ». « **POURRIAT, J-L, 1995** »

La sédation médicamenteuse est possible grâce à des molécules utilisées en anesthésie, qu'il me semble essentiel de citer de façon succincte, comme :

- a) Les benzodiazépines, notamment pour pallier à l'anxiété et à l'anxiété, qui ont des propriétés amnésiantes lorsque les posologies sont correctement adaptées. (Hypnovel®).
- b) Les morphinomimétiques pour pallier à la douleur et « favorise une meilleure tolérance de la sonde d'intubation et des aspirations trachéobronchiques » (ex : la morphine et ses dérivés, le Fentanyl). « © SRLF et Springer-V, 2011 ».
- c) Les curares « sont des compléments de la sédation [qui] ne peuvent être utilisés qu'avec des hypnotiques, des benzodiazépines et/ou des morphinomimétiques ».

Ils sont utilisés, entre autres, pour permettre une adaptation complète au respirateur.

Le propofol, agent hypnotique, est utilisé le plus souvent pour des sédations de courte durée. Ses propriétés ne répondent pas de manière optimale aux objectifs d'une sédation. Cette molécule a un faible pouvoir anxiolytique et analgésique. L'effet du propofol a l'avantage de s'arrêter immédiatement. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Le retentissement psychologique et comportemental du stress engendré par le séjour en réanimation et les moyens non médicamenteux pour rassurer un patient ;
- b) Les objectifs et les risques de la sédation et de l'analgésie en fonction de l'état de santé du patient et du projet thérapeutique ;
- c) Les différents outils d'évaluation de la sédation, de la douleur et leur mode d'emploi chez le patient non communicant ;
- d) Les différentes familles de médicaments permettant d'assurer la sédation et l'analgésie d'un patient de réanimation, leur mode d'emploi et les protocoles du service ;
- e) Les indications, les moyens, les bénéfices et les risques d'une curarisation. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'utiliser les moyens de communication avec un patient ventilé et sédaté ;
- b) D'évaluer le niveau de sédation, de douleur et de la curarisation d'un patient et d'ajuster les traitements en fonction des protocoles de service ;
- c) D'instaurer, d'évaluer et de réajuster un traitement non médicamenteux du patient algique ou anxieux ;

- d) De dépister les signes cliniques des effets secondaires de la sédation, de l'analgésie, d'y remédier et d'alerter ;
- e) De prévenir les complications liées au décubitus prolongé du patient sédaté ;
- f) D'accompagner la famille afin qu'elle puisse communiquer avec le patient en fonction de son niveau de sédation.

**3) Compétences :**

- a) L'infirmière adapte l'administration de la sédation et de la curarisation du patient en analysant les signes cliniques et paracliniques à l'aide des outils d'évaluation utilisés dans son service et en tenant compte des objectifs prescrits ;
- b) L'infirmière assure la sécurité des soins d'hygiène et de confort requis auprès du patient sédaté en tenant compte du projet thérapeutique et des risques liés à sa situation. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**4.6. Nutrition du patient de réanimation :**

**1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Les besoins nutritionnels du patient « agressé » ;
- b) Les différentes voies d'administration de la nutrition, leurs avantages et inconvénients respectifs ;
- c) Les solutés de nutrition entérale ou parentérale utilisés dans son service et leurs procédures d'administration ;
- d) Les signes d'intolérance des différents modes de nutrition artificielle, les moyens de les détecter, de les prévenir et d'y remédier ;
- e) Les difficultés et les risques de la réalimentation orale après sevrage de la ventilation mécanique.

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'administrer la nutrition entérale ou parentérale selon le protocole du service et la prescription médicale ;
- b) De détecter les signes d'intolérance de la nutrition entérale et d'y remédier selon le protocole du service ;
- c) De détecter les signes de complications liées aux dispositifs nécessaires à l'administration de la nutrition artificielle
- d) D'anticiper et d'alerter sur une possible incapacité à garantir les objectifs nutritionnels prescrits ;
- e) D'expliquer au patient et à ses proches le mode de nutrition retenu, ses contraintes et ses objectifs ;
- f) De mettre en œuvre les techniques de rééducation de la déglutition « © SRLF et Springer-V, 2011 ».
- g) D'accompagner, de surveiller et de détecter les complications de la réalimentation orale chez un patient sevré de la ventilation mécanique.

**3) Compétences :**

- a) L'infirmière gère l'administration de la nutrition entérale selon la prescription médicale en prévenant les risques d'intolérance digestive et d'inhalation chez le patient intubé ventilé ;
- b) L'infirmière accompagne le patient atteint d'une lésion neurologique et/ou laryngée lors de la reprise de l'alimentation orale en détectant les éventuels troubles de déglutition, en prenant appui sur les ressources liées à ses habitudes de vie et en assurant son confort et sa sécurité. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**4.7. Le patient en fin de vie en réanimation :**

**1) Savoir :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) La législation française et les recommandations des sociétés savantes régissant les limitations et arrêts des thérapeutiques, et les soins palliatifs ;
- b) Les risques de deuil pathologique après un décès en réanimation ;
- c) Les outils disponibles dans son service pour la mise en place d'une procédure de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques (document spécifique lorsqu'il existe) ;
- d) Les traitements médicamenteux ou non permettant de soulager la souffrance morale ou physique d'un patient en fin de vie ;
- e) Les possibilités d'aide des proches d'un patient en fin de vie en réanimation.

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) De participer, en collaboration avec un médecin, à l'annonce d'une évolution défavorable au patient ou à ses proches ;
- b) De participer aux prises de décisions relatives à la fin de vie d'un patient ;
- c) De participer à l'arrêt d'un traitement de suppléance dans le cadre d'une décision collégiale ;
- d) D'évaluer et de mettre en œuvre, en concertation avec les différents intervenants, les mesures appropriées pour assurer le confort psychologique et physique du patient de réanimation en fin de vie ;
- e) D'accompagner les proches d'un patient en fin de vie en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (médecin, psychologue, etc.).

**3) Compétences :**

L'infirmière accompagne le patient et ses proches en situation de limitation des thérapeutiques et/ou de fin de vie en privilégiant le confort physique et psychologique du patient et en tenant compte des demandes du patient et de ses proches, du contexte socioculturel, spirituel et des contraintes médicales et réglementaires. « © SRLF et Springer-V, 2011».

**4.8. Compétences complémentaires de l'infirmière de réanimation pédiatrique :**

**1) Savoirs :**

L'infirmière connaît et comprend :

- a) Les constantes vitales et leur variation en fonction de l'âge de l'enfant ;
- b) Les modalités et la surveillance de ventilation mécanique spécifiques à la pédiatrie ;
- c) Les modalités et les techniques d'alimentation en fonction de l'âge et du terme des enfants ;
- d) Les gestes d'urgence adaptés au poids et à l'âge de l'enfant ;
- e) Les posologies des médicaments en fonction du poids et de l'âge de l'enfant
- f) Le développement psychomoteur et les acquisitions ;
- g) Les différentes échelles d'évaluation de la douleur adaptées à la pédiatrie ;
- h) Les méthodes non médicamenteuses de lutte contre la douleur chez l'enfant ;
- i) Les pathologies spécifiques à l'enfant en réanimation ;
- j) Les lois éthiques spécifiques à l'enfant et le rôle des parents ;
- k) Les spécificités de soins techniques de réanimation en pédiatrie ;

- l) Le fonctionnement du matériel spécifique à la pédiatrie ;
- m) Les modalités de l'allaitement maternel et les règlements qui s'y rapportent. « © SRLF et Springer-V, 2011 ».

**2) Aptitudes :**

L'infirmière est capable :

- a) D'adapter la surveillance des fonctions vitales des patients en fonction de leur âge ;
- b) De vérifier une prescription médicale en fonction de l'âge et du poids de l'enfant ;
- c) D'évaluer la douleur chez l'enfant en adaptant les échelles de mesure ;
- d) De faire participer les parents aux soins de façon adaptée ;
- e) De communiquer avec l'enfant en situation de détresse vitale en adaptant son discours en fonction de l'âge et de sa capacité de compréhension ;
- f) De participer à la gestion de l'angoisse et la peur de l'enfant en situation de détresse vitale ;
- g) D'adapter les techniques de soins de réanimation à l'enfant ;
- h) De donner des conseils adaptés aux mamans désireuses d'allaiter ou de tirer son lait en fonction de l'état de l'enfant ;
- i) De prendre en compte l'éveil de l'enfant pour adapter ses soins ;
- j) De permettre dans la mesure du possible l'application des rites religieux souhaités par les parents ;
- k) De stimuler l'éveil de l'enfant par l'apport d'éléments de distraction adaptés à l'âge de l'enfant et à son état clinique.

**3) Compétences :**

- a) L'infirmière aide à créer et à maintenir le lien de parentalité, en tenant compte des ressources des parents et de leurs besoins. Elle

est force de propositions, les soutient et les accompagne dans l'apprentissage de la connaissance de leur enfant hospitalisé en réanimation afin qu'ils construisent un projet de vie ;

- b) L'infirmière accompagne les familles dans leur processus de deuil en participant aux entretiens, en favorisant la présence des proches, l'expression de leur ressenti et les contacts avec l'enfant. « © **SRLF et Springer-V, 2011** ».

### **5. Les stratégies de communication dans un service de réanimation :**

La communication c'est un concept exploré depuis les années 1970. C'est la mise en relation entre deux individus. Pour qu'il y ait communication il faut un émetteur qui va transmettre un message ou des informations au récepteur qui va les recevoir. Ce dernier va décoder le message afin de le comprendre et exercer une rétroaction (appelée aussi feed-back) s'il le souhaite afin de répondre à l'émetteur. Il existe des éléments parasites qui empêchent la bonne compréhension du message en altérant la communication. Ils peuvent être le bruit, les préjugés concernant l'information transmise ou encore une signification incomprise. « **BIOY, A, BOURGEOIS, F, NEGRE, I, 2003** ».

D'après **A. BIOY, F. BOURGEOIS et I. NEGRE** , la communication verbale est ce qui est dit mais représente seulement 7% de l'ensemble d'un message communiqué. L'intonation qui représente 38% est aussi importante car elle peut changer le sens d'une phrase et d'un message. Les 55% restants sont le langage gestuel que l'on appelle aussi la communication non-verbale. Il comprend différents éléments : la distance physique avec l'interlocuteur, l'expression faciale, le contact oculaire, le contact physique comme le toucher, la posture, l'ensemble des gestes, l'apparence physique et les odeurs. « **BIOY, A, BOURGEOIS, F, NEGRE, I, 2003** ».

Dans un service de réanimation, il s'avère que lorsqu'un être humain est intubé-ventilé et sédaté, la communication est limitée et difficile. Quelquefois, lorsque la sédation est profonde, elle est unidirectionnelle et l'émetteur (l'infirmier par exemple) utilise l'auto feedback. Son discours s'apparente alors à un monologue. « **GROSCLAUDE, M, 1998** ».

Les liens avec la famille sont d'autant plus importants que le patient ne communique peu voire pas du tout. La famille est un atout pour l'équipe soignante puisqu'elle permettra la connaissance du patient, de ses habitudes, de ses préférences. Le soigné, dans certaines situations, pourra être moins angoissé et moins anxieux puisque l'intégration de sa famille et une bonne communication avec ses proches favorisent sa prise en charge dans sa globalité. « **HUYS, H, 2008** ».

### **5.1.Communication soignants-patient :**

- 1) La communication avec le patient doit répondre aux critères de la Charte de la personne hospitalisée. « **FOURRIER, F, 2009** ».
- 2) Il est important de dissocier la situation où le patient est apte à comprendre l'information et celle où il est inapte (se référer alors à la communication famille). Les moyens de communication sont à adapter en fonction de ces deux états.
- 3) L'équipe soignante garde en permanence un contact verbal avec le patient en expliquant et en l'avertissant des soins prodigués, y compris chez le patient sédaté.
- 4) Elle évite les maladresses comme « Je vais vous aspirer » et préfère « Je vais aspirer vos sécrétions » (RC).
- 5) Elle se concentre sur les soins et évite les conversations personnelles entre les soignants (RC).
- 6) Elle personnalise la relation en évitant le « on » et le tutoiement, hors les spécificités culturelles ou linguistiques.

- 7) Il est nécessaire que la communication avec le patient se fasse dans la découverte de sa personnalité (profession, passions, musique, lecture, sport...) (RC).
- 8) Des outils de communication adaptés doivent être mis à disposition du patient: lecture labiale (Happ 2004), questions « oui-non » en entonnoir, pictogrammes (Roulin 2004 ; Happ 2004), alphabet (Patak 2006), assistance à la parole en cas de trachéotomie (Hoit 2003 ; Hess 2005).
- 9) Il est possible de mettre en place un journal de bord pour le patient et sa famille (Jones 2003, Agarwal 2008). C'est un support écrit dans lequel le personnel soignant et la famille colligent les évènements du séjour. Le journal est remis au patient en fin de séjour ou à sa famille en cas de décès. Cette démarche pourrait prévenir la survenue de troubles dépressifs et anxieux (Knowles 2009). « **FOURRIER, F, 2009** ».

### **5.2.Communication soignants-famille :**

- 1) Des entretiens structurés doivent être organisés le plus précocement possible et régulièrement après l'admission du patient (Azoulay 2000).
- 2) Au cours de ces entretiens structurés il faut informer les familles dans un lieu d'accueil dédié (Fassier 2007).
- 3) L'information doit y être donnée par le médecin en présence de l'infirmièr(e) (Pochard 2001).
- 4) L'entretien doit avoir une durée suffisante pour faciliter l'expression de la famille, lui permettre de faire face à l'émotion, et de poser des questions (Wall 2007).

- 5) Lors du premier entretien, il faut remettre à la famille un livret d'accueil qui présente l'équipe soignante et l'organisation du service (Azoulay 2001, Azoulay 2002).
- 6) Les coordonnées précises de la famille doivent être vérifiées à cette occasion.
- 7) Il faut identifier la personne de confiance ou référente et connaître des souhaits du patient et des directives anticipées. Les informations peuvent être également recueillies auprès de médecin traitant. « **FOURRIER, F. 2009** ».
- 8) Au cours du séjour, il faut que l'information soit apportée par une équipe identifiée et structurée où les fonctions de chacun sont bien individualisées (Azoulay 2001).
- 9) L'information doit être claire, loyale, accessible et intelligible. Elle utilise des mots simples en abordant le diagnostic présumé, les traitements envisagés, leurs effets, et le pronostic (Heyland 2003, Leclaire 2005).
- 10) L'information donnée et son ressenti par la famille doivent être transcrits dans le dossier du patient.
- 11) Il est important d'avertir les proches lors d'événements inhabituels (aggravation, déplacement, procédures à risque, intervention chirurgicale) ainsi que de la sortie.
- 12) Pour les familles d'origine étrangère ne maîtrisant pas le français, il faut rechercher la présence d'un interprète au mieux du milieu médical avec lequel aura été préparé le contenu de l'entretien. Il faut prévoir une durée d'entretien plus longue (Azoulay 2000, Elison 2008).
- 13) L'utilisation d'un site internet sécurisé a pu améliorer l'information entre les soignants et la famille en lui donnant un moyen d'accéder

à tout moment aux informations médicales et aux données organisationnelles de l'unité de réanimation (Gray 2000, Braner 2004).

- 14) Les informations données par téléphone doivent respecter les règles de la confidentialité (charte).
- 15) L'annonce d'une mauvaise nouvelle doit faire l'objet d'un entretien structuré (Azoulay 2000, Heyland 2003)
- 16) Il faut que le médecin soit disponible pour permettre un temps d'information adéquat.
- 17) L'information doit être complète et réaliste sans faux espoirs et délivrée à un rythme adapté aux capacités de compréhension de l'interlocuteur. Elle doit éviter les éléments contradictoires dans l'expression de l'information. L'attitude physique doit être adaptée à la situation avec respect de son interlocuteur.
- 18) Lorsqu'il existe un déni de réalité, l'intervention d'un psychologue est souhaitable (RC).
- 19) Il est important de tenir compte des croyances du patient et de ses proches et de s'entourer d'une aide spirituelle en cas de besoin (Pochard 2001, Wall 2007, Gries 2008). « **FOURRIER, F. 2009** ».
- 20) Pour la fin de vie et les limitations thérapeutiques il faut respecter les recommandations sur la limitation des traitements et la prise en charge de la fin de vie (Ferrand 2001). « **FOURRIER, F. 2009** ».

### **5.3. Communication entre soignants :**

- 1) Le dossier de soins est l'outil de communication des informations entre les soignants (Législation).
- 2) Il est constitué des transmissions ciblées rédigées par les infirmières dont l'objectif est de décrire l'évolution du patient et d'en obtenir une traçabilité.

- 3) Il est possible d'établir une fiche patient de liaison journalière afin d'améliorer la compréhension des objectifs thérapeutiques par l'ensemble de l'équipe soignante rendant plus aisée la communication avec les familles (Argawal 2008).
- 4) L'utilisation d'un site internet pourrait permettre une meilleure coordination entre les infirmières et les médecins ou au sein de l'équipe soignante (Gray 2000, Braner 2004) mais expose au risque de rupture de confidentialité.
- 5) Il faut repérer le syndrome d'épuisement professionnel qui concerne 50% des médecins et 30% des infirmières (Embriaco 2007, Poncet 2007). L'un des facteurs favorisants est le conflit entre les personnes lié à l'absence de dialogue.
- 6) La prévention du syndrome d'épuisement professionnel repose sur le respect mutuel, l'écoute entre les catégories professionnelles et sur la mise en commun des informations (RC).
- 7) Il peut être utile de mettre en place des groupes de parole qui réunissent l'ensemble des catégories de soignants. Chacun peut s'y exprimer librement à propos d'évènements jugés difficile à vivre au sein de l'équipe (RC).
- 8) Il faut organiser des réunions de service pendant lesquelles sont discutés les projets de service, l'application des directives et le devenir des patients. « **FOURRIER, F. 2009** ».

#### **5.4.Communication famille-patient :**

- 1) Une aide à la communication avec le patient doit être proposée aux familles.
- 2) En l'absence de communication verbale, les soignants peuvent inciter les familles à communiquer par le toucher (Wasser 2001).

- 3) Chez le nourrisson, le « peau à peau » améliore le lien et la qualité de l'allaitement (Moore, 2009)
- 4) Il est possible de proposer aux proches de participer aux soins du patient et/ou de réaliser des soins de bien être. Les soins envisageables sont les soins oculaires, les soins de bouche, l'hydratation des lèvres voire la participation à la toilette. Il est alors nécessaire de former les familles et d'obtenir l'accord du patient (Wasser 2001). « **FOURRIER, F. 2009** ».

#### **5.5.Communication et sortie du patient :**

La sortie du patient est un moment difficile à vivre pour le patient et ses proches et peut induire un sentiment d'abandon et d'insécurité (Gray 2000). La remise d'un livret expliquant le fonctionnement du service d'accueil peut améliorer le vécu des proches (Linton 2008).  
« **FOURRIER, F. 2009** ».

**Résumé :**

De par ses spécificités, la réanimation constitue un concentré des différents aspects de la vulnérabilité, laquelle affecte tous les acteurs présents à des degrés et selon des modalités propres à la place et au rôle de chacun.

La forme particulière que revêt l'intervention médicale en réanimation met en évidence la question de l'ambivalence de cette intervention face à la vulnérabilité humaine. Celle-ci ne serait- elle pas la « tache aveugle » de la science biomédicale ?

Et si la vulnérabilité n'était pas seulement ce risque d'épuisement de ses ressources vives qu'encourt tout individu exposé à l'agression extérieure ou à la défaillance interne, mais aussi, et peut-être surtout, une condition vitale pour qu'il puisse exister en tant qu'être humain, exposé parce que relié aux autres, par une relation qui maintient en vie ?

Parce que la personne – patient, proche, soignant – s'y trouve plus exposée qu'ailleurs, et qu'ainsi y sont mises en lumière les deux conceptions possibles de la vulnérabilité, la réanimation apparaît comme un révélateur du tragique de la vie. Choisir l'une ou l'autre conception constitue tout l'enjeu d'une éthique soignante de la vulnérabilité. « **Boles Jean, M et Jousset, D, 2011** ».

# **Partie I : Partie Théorique**

**Chapitre II**  
**LE SYNDROME DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

**Préambule :**

Le syndrome d'épuisement professionnel résulte d'une exposition prolongée au stress. Le but de cet article est de passer en revue la littérature disponible sur ce syndrome chez les médecins et les infirmières de réanimation. Selon les études les plus récentes, un syndrome sévère d'épuisement (mesuré par l'échelle d'épuisement de Maslach) est présent chez la moitié des médecins et un tiers des infirmières de réanimation. De façon frappante, les déterminants de ce syndrome diffèrent dans les deux groupes. Les médecins les plus exposés sont ceux qui ont le plus d'heures de travail (nombre de gardes de nuit et temps écoulé depuis les dernières vacances). Chez les infirmières, les facteurs déterminants sont l'organisation du service et les caractéristiques de la politique vis-à-vis des patients en fin de vie. Cependant les conflits de personnes sont des facteurs indépendants dans les deux groupes. La prévention repose sur les groupes de parole, les stratégies de communication pendant les soins de fin de vie et la gestion des conflits. « **Duquette; A, Kérouac; A, Beudet, E, 1992** »

## I. Historique du syndrome de l'épuisement professionnel ou burn out syndrom :

En 1969, Loretta Bradley, professeur et coordonnatrice des conseillers d'éducation de l'Université Technique du Texas, est la première à désigner sous le terme de *burn out* un stress particulier lié au travail. Chez Ginsberg (1974) le burnout caractérise chez les hommes d'affaires, les réactions physiologiques et comportementales causées par le stress chronique, lorsqu'ils font face à une compétition et à une ascension sociale soutenues. « **Oigny, M, 2009** »

Mais on se réfère généralement à Herbert J. Freudenberger (1974) Psychothérapeute, psychiatre, il dirigeait un hôpital de jour alternatif accueillant des toxicomanes au Lower East Side de New York qui fonctionnait principalement à l'aide de jeunes bénévoles. Freudenberger observa un phénomène paradoxal. « **Moisson, V, 2009** »

Il observe chez les soignants volontaires de ces centres ce qu'il qualifiera « d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte. » D'où le terme de burn out. « **FREUDENBERGER H, 1987** »

Beaucoup de ces jeunes finissaient, après un an d'activité, par perdre l'enthousiasme qu'ils avaient au départ. Des symptômes physiques tels que la fatigue, la persistance de rhumes, de maux de tête, de troubles gastro intestinaux, d'insomnies, d'épuisement caractérisaient ces changements. « **FREUDENBERGER H, 1987** »

Colère, irritation, cynisme, attitudes négatives, incapacité à faire face aux tensions mais aussi perte d'énergie sont parmi les premiers signes de ce qu'il nomme « craquage » ou « épuisement émotionnel et mental ». Freudenberger relève aussi des stratégies de surenchère chez son équipe, comme par exemple le

fait de passer de plus en plus de temps au travail en tournant en rond de façon inefficace, ou, à l'inverse, des stratégies d'évitement en cherchant l'isolement ou en refusant le contact avec les collègues. « **Moisson, V, 2009** »

D'après Christina Maslach, chercheur en psychologie sociale, le burnout semble commun aux professionnels de santé et aux avocats. De ce constat, elle émet l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est le coeur du phénomène. « **Moisson, V, 2009** »

1) **Le MBI original MBI-HSS (1981)** : Human Services Survey. C'est en fait la forme originale du MBI. C'est le MBI réservé aux professionnels de la Relation d'Aide et c'est le MBI utilisé dans les recherches sur le Soignant.

Les autres versions sont des adaptations du MBI original. Adaptations relativement faciles où le terme « patients », a été remplacé par « clients » ou « élèves ». On distingue :

2) **Le MBI-GS** : General Survey (1986). C'est le MBI qui s'adresse à l'ensemble des individus au travail.

3) **Le MBI-ES** : Educators Survey (1986) spécifique aux professionnels de l'Enseignement. « **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP, 1996** »

A l'inverse de Freudenberger qui insistait sur des facteurs personnels, elle situe davantage les causes du burnout dans l'environnement de travail. Elle cherchera à valider cette idée en menant des enquêtes auprès d'autres groupes professionnels dont l'activité suppose aussi une implication relationnelle. Maslach va en 1976 relater les résultats de ses premières investigations en employant très fréquemment dans son article le terme de « craquage ». Elle observe que ce « craquage » est suivi d'une perte d'efficacité dans les services de santé et d'action sociale, d'un absentéisme et d'un turnover élevé. Il provoque une détérioration du bien-être physique : « Les professionnels sont épuisés, fréquemment malades et peuvent souffrir d'insomnies, d'ulcères et de

maux de tête [...]. Afin de surmonter ces problèmes physiques, le travailleur peut se tourner vers les tranquillisants, la drogue [...]. . « **Moisson, V, 2009** »

À partir de 1976, une équipe de recherche californienne se constitue progressivement autour de Christina Maslach qui s'allie ensuite à Pines et Jackson (Maslach et Jackson, 1970 : Maslach et Pines, 1979, 1980) pour entreprendre des études auprès de professionnels des services sociaux et de la santé (Maslach, 1979). Une seconde équipe de chercheurs, celle de Cherniss (1980), travaille auprès de professionnels du secteur public. Enfin, la troisième et la plus importante équipe est celle d'Edelwich et Brodsky (1980), qui axe ses recherches sur le burnout auprès des professions se consacrant particulièrement à la relation d'aide. Les recherches de ces équipes dominent la production scientifique jusque vers 1983. Une approche théorique similaire, expliquant les causes du burnout comme des interactions entre des variables contextuelles (organisation) et des variables individuelles, structurent leurs travaux.

Comme c'est souvent le cas, ces premières recherches n'établissent pas encore de lien explicite avec les découvertes majeures du Dr Selye (1979) sur le stress, publiées au même moment. Elles permettent toutefois d'établir plusieurs « visions » du concept et on trouve une quarantaine de définition du burnout. « **Oligny, M, 2009** ».

## **II. Définition du syndrome de l'épuisement professionnel (S.E.P) ou burn out syndrom (B.O.S) :**

Avant de parler sur le burnout il faut indiquer la notion de burn in pour décortiquer le caché de nombreuses problématiques de burnout :

**Le burn in :** D'après Evelyne Joss (2008), « Le burn-in constitue la première phase de l'épuisement professionnel et précède l'étape ultime du burn-out. Il se manifeste principalement par du « *présentéisme* ».

Ce terme est apparu en 1994 et est attribué au psychologue Cary Cooper, alors professeur du département Organizational Management de la Manchester

University. « *Présentéisme* » s'oppose à « *absentéisme* » et désigne une présence abusive sur le lieu de travail menant à un état pathologique de surmenage. Le travailleur en burn-in est à son poste malgré des problèmes de santé, physique ou mentale, qui devraient l'en tenir à l'écart. Il est physiquement présent mais très fatigué, peu productif et souffre de somatisations diverses ». « **OLIGNY, M, 1991** »

### **BOS ou SEP :**

« Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » Métaphore, Freudenberger, psychanalyste (1970) « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** »

H. Freudenberger modifie sa définition du burn out et le définit comme le fait de « s'épuiser en s'évertuant à atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose. Quelqu'un qui en souffre, souffre de fatigue ou de frustration aiguë causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue ». « **FRANCESCHI-CHAIX, C, 1993** »

En effet, l'énergie des personnes atteintes de burn out se consume à petit feu. L'apparition du burn out est sournoise. La personne, stressée par son travail, peut ressentir des maux de tête, être fatiguée, irritable et peut aussi souvent pleurer. De plus, les relations avec ses collègues et ses patients deviennent difficiles. L'envie de se lever le matin pour aller travailler diminue. Puis, l'état de la personne se dégrade. « **FRANCESCHI-CHAIX, C, 1993** »

A ce moment-là une relation professionnelle avec ses patients devient impossible. Le patient est perçu comme un objet et non comme un être humain.

C'est la « *déshumanisation de la relation à l'autre.* ». « **FRANCESCHI-CHAIX, C, 1993** »

Maslach & Jackson, 1986, développèrent un moyen de mesure de l'épuisement professionnel : Le Maslach Burnout Inventory.<sup>2</sup> « Le MBI est constitué de 22 items : neuf pour mesurer l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement personnel. » « **Truchot, D, 2004** »

**Karoshi** : C'est le terme japonais. C'est un terme à connotation violente qui signifie « mort par excès au travail » (*Karo* = mort, *shi* = fatigue au travail). Ce terme reflète la culture japonaise, gouvernée par la notion du bien collectif avec pour le salarié, la notion de sacrifice de soi élevé, pour satisfaire avant tout aux exigences des autres et de son entreprise. Il s'agit de 'Vivre et mourir' pour l'entreprise, tant la pression, le souci d'excellence, le profit et la rentabilité dominant.

Ce terme s'éloigne de la relation d'aide et de son usure pour davantage prendre en compte les conséquences, parfois mortelles, des conditions de travail. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Farber (2000), le burnout qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'obligations, des pressions externes croissantes, des exigences de la part des autres et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis. « **Moisson, V, 2009** »

**Cherniss (1980)** précise qu'il s'agit d'un processus transactionnel en trois étapes comprenant d'abord un déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles par rapport aux exigences du travail, conduisant ensuite à des réponses de nature émotionnelle (anxiété, fatigue, épuisement) et provoquant enfin des changements dans l'attitude et le comportement du travailleur. Le burnout ne constitue évidemment qu'une des « **Oligny, M, 2009** ».

réponses possibles de l'individu, qui doit continuellement s'adapter à son milieu de travail. Ces réponses varient selon les personnes en raison de divers facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. « **Oligny, M, 2009** ».

**Pour Edelwich et Brodsky (1980)**, le burnout est un processus de « désillusionnement » résultant d'un écart entre normes et faits, qui se traduit par quatre étapes, soit : l'enthousiasme, la stagnation, la frustration et l'apathie. Selon ces auteurs, plus la personne investit d'énergie dans son travail sur le plan émotionnel, plus elle est exposée au burnout, précisément lorsqu'elle connaît au travail, la déception et la frustration « **Oligny, M, 2009** ».

**Pines et Maslach (1980)** emploient le terme de burnout comme un « syndrome de fatigue physique et émotionnelle qui amène chez l'individu concerné une perception négative de soi, des attitudes négatives au travail et une implication personnelle auprès des patients ». « **Oligny, M, 2009** ».

**Kafry et Pines (1980)** emploient le terme de burnout pour désigner « l'expérience de la fatigue physique, émotionnelle et mentale produite par les pressions chroniques quotidiennes ». « **Oligny, M, 2009** ».

**Pour Cherniss et Edelwich**, il se traduit par un retrait psychologique par rapport au travail, en réaction à un stress excessif. « **Oligny, M, 2009** ».

Le burnout se caractérise aussi par un retrait apparenté à la dépression et il comporte plusieurs signes propres au stress. D'après les chercheurs, non seulement les indicateurs du burnout se manifestent sur les plans physiologique, psychologique et comportemental, mais ils peuvent également présenter des degrés de gravité fort variés. Deux instruments d'orientation psychométrique servent principalement à mesurer les indicateurs du burnout, soit le *Maslach Burnout Inventory* (MBI) et le *Staff Burn out Scale* de la *Health Professionals* (SBS-HP) de Jones. « **Oligny, M, 2009** ».

**Maslach et Jackson. 1981. P. 1** « le burnout est un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de

l'accomplissement personnel qui apparait chez les individus appliqués professionnellement auprès d'autrui ». « **Truchot, D. 2004** »

Les trois axes de la définition de Malsach, définition de Duquette. De multiples définitions ont été proposées dans la littérature. « **MAURANGES A, 2002** »

Nous en retiendrons deux : c'est Maslach qui va construire un instrument de mesure, MBI , qui va asseoir et stabiliser le concept.

Ce test s'appuie sur trois grands axes qui nous donnent les trois dimensions du syndrome :

1) **L'épuisement émotionnel** : physique et psychique, il entraîne un vide, une fatigue non rétrocedante au sommeil, un comportement inhabituel face à une émotion quelconque (crise de larmes par exemple)... « **MAURANGES A, 2002** ».

2) **La déshumanisation de la relation à l'autre** : le soignant devient froid, cynique, et opère une réification de la personne. Le soigné n'est plus désigné que comme un numéro de lit ou une pathologie ( le cancéreux...) Notons que c'est un état évolutif : le soignant est devenu comme cela, il ne l'était pas au départ.

Cet axe a la particularité d'impliquer profondément la relation d'aide dans le syndrome. « **MAURANGES A, 2002** ».

3) **La diminution de l'accomplissement personnel** : suite logique des deux premiers, il est douloureux à vivre pour le soignant. Un sentiment d'échec, de frustration, de culpabilité s'installe.

Les conséquences sont graves : absentéisme ou présentéisme inefficace, désinvestissement, erreurs professionnelles... « **MAURANGES A, 2002** ».

**Stugess et Poulsen 1983** « une perte progressive d'idéalisme, d'énergie et de buts ressentie par les individus dans d'aide à cause de leur travail ». « **Truchot, D, 2004** »

**Pines et Aronson 1988** « un état d'épuisement physique, émotionnel et mental causé par l'implication à long terme dans des situations qui sont exigeantes émotionnellement ». « **Truchot, D, 2004** »

**Hallsten 1993** « le burnout apparait quand la réalisation d'un role actif, participant à la défintion de soi, est menacée ou interrompue et qu'aucun role alternarif n'est sous la main ». « **Truchot, D, 2004** »

**Shirom 2003** « le burnout est une réaction affective au stress permanent et dont le noyau central est la diminution graduelle, avec le temps, des ressources énergétiques individuelles, qui comprennent l'expression de l'épuisement émotionnel, de la fatigue phisique et de la lassitude cognitive ». « **Truchot, D, 2004** »

**Marc Loriol** « Le burnout comme une des entités contemporaines de mauvaise fatigue ». « **LORIOI, M, 2000** »

"L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique cause par un travail ayant pour but d'aider les gens." « **Bedard, D et Duquetten, A, 2004** ».

### **III. Les dimensions du syndrome de burn out :**

**En 1981, Bourgault et Meloche** ont dressé une liste pertinente des indicateurs de l'épuisement professionnel, à partir d'une revue globale des résultats de recherche alors accessibles. Ils y ont relevé les symptômes qui affectent différents aspects de la personne : « **Oigny, M, 2009** ».

- 1) Les sentiments comme l'insatisfaction, l'irritabilité, la rigidité.
- 2) Les somatisations comme l'insomnie, les ulcères, les maux de dos et les migraines.

- 3) Les problèmes personnels comme l'abus d'alcool, de drogues et de médicaments, ainsi que les troubles conjugaux et familiaux.
- 4) Les relations interpersonnelles comme le retrait (l'isolement), la condescendance et la paranoïa.

le travail comme l'absentéisme, le mouvement de personnel (*turnover*), la rotation de la main-d'œuvre ou un moral bas. « **Oigny, M, 2009** ».

Les signes cliniques sont non spécifiques, somatiques, psychiques et/ou Comportementaux.

1. **Somatiques** : fatigue permanente, céphalées, trouble du sommeil et/ou de la sexualité, infections prolongées ou récurrentes (grippes),... « **FRANCESCHI CHAIX C, 1993** »

Ils se caractérisent en premier plan par une fatigue physique avec une diminution d'énergie. S'ajoute à cela, une somatisation avec des troubles gastro-intestinaux, des maux de tête et des troubles du sommeil. Il peut y avoir une diminution ou au contraire une augmentation notable de l'appétit.

2. **Psychiques** : épuisement mental, irritation, promptitude aux larmes ou à la colère, conflits inhabituels, perturbations cognitives (attention, mémoire La personne atteinte va présenter des signes inhabituels d'irritabilité, d'insatisfaction, d'ennui, d'anxiété ou d'apathie. La labilité émotionnelle est souvent présente mais elle surprend toujours autant celui qui en souffre que son entourage. De plus, s'ajoute à cela des troubles de l'attention ou de la mémoire.

3. **Comportementaux** : absentéisme/présentéisme, attitude cynique, conduites à risque, anorexie/boulimie ... « **FRANCESCHI CHAIX C, 1993** »

On finit par observer une rigidité comportementale, c'est-à-dire une attitude défensive, réfractaire au changement, un soignant inefficace si présent,

ou au contraire cherchant la fuite avec une demande de mutation par exemple. Il donne l'impression de quelqu'un de déprimé. « GAUTIER I, 2003 ».

On observe parfois la consommation d'alcool ou de psychotropes, pris pour aider à « tenir le coup » . « GAUTIER I, 2003 ».

Ou autre dimensions selon « OLIGNY, M, 1991 »

- 1) **Un épuisement physique** : qui se manifeste par des absences, des palpitations, des migraines, des troubles du sommeil, des tensions au dos, des bouffées de chaleur, des nausées, une fatigue chronique, etc.
- 2) **Un épuisement émotif** : il perd de l'intérêt, de l'enthousiasme et devient maussade, agressif, cynique et plonge dans l'humour noir. Il a envie de pleurer (mais ne s'en donne pas le droit, car « un homme (un vrai) ne pleure pas ». Il n'a plus le goût de parler aux autres, il s'ennuie, fait le strict nécessaire et devient hypersensible. « OLIGNY, M, 1991 »
- 3) **Un épuisement psychique** : déçu de lui et de son travail, il se sent incompetent, inférieur, inutile; sa pensée devient lente et non créatrice, il se sent de plus en plus vidé, il perd le feu sacré et se culpabilise d'être dans cet état. « OLIGNY, M, 1991 ».

#### **IV. Causes et facteurs déclenchant de B.O.S :**

##### **1. Les variables personnelles du sujet :**

###### **A. Les variables sociodémographiques :**

Il ne semble pas y avoir de lien direct entre les variables sociodémographiques (le sexe, l'état civil, « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

Le nombre d'enfants et la situation familiale) et le burn out. Par contre, l'âge pourrait influencer l'apparition d'un burn out et, donc, les personnes plus jeunes ont plus de risques de s'épuiser.. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

### **B. Les variables professionnelles :**

Plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre les variables professionnelles (la formation, la fonction, les titres et le nombre d'années d'expérience) et le burn out. Les résultats ont conclu qu'il n'y a pas de plusieurs recherches ont été effectuées sur la relation entre les variables professionnelles (la formation, la fonction, les titres et le nombre d'années d'expérience) et le burn out. Les résultats ont conclu qu'il n'y a pas de lien direct car le burn out est « *multifactoriel* » et qu'il est lié à un problème émotionnel face aux conditions de travail. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

### **C. Les variables relatives à la personnalité du sujet :**

«*La "hardinesse" que l'on peut traduire par endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse* » aurait une influence sur l'apparition du burn out. En effet, les personnes répondant à ces traits de personnalité résisteraient mieux aux divers stress. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

Par contre, selon l'article de Lüthi, U.61, les personnes qui s'investissent dans leur travail, qui ont tendance à être perfectionnistes et qui ont « *une conscience élevée du devoir* » auraient tendance à négliger leurs propres besoins et sont donc plus à risque de s'épuiser. « LÜTHI, U. 2007 »

## **2. Les variables dus à l'organisation du travail :**

Il s'agit là d'un point important dans l'apparition d'un burn out car un problème d'organisation prend vite place dans le travail quotidien de l'infirmière sans que celle-ci tente de le résoudre. M. Canouï et Mme Mauranges attirent notre attention sur deux facteurs : l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

Dans son travail, l'infirmière est souvent interrompue : l'urgence, la sonnette de la chambre d'un patient, le téléphone qui sonne. Bien des événements font que l'infirmière doit arrêter une tâche et la reprendre plus tard avec toutes les conséquences que cela implique : une augmentation de la

concentration et, donc de la fatigue, un risque d'erreur accru, une insatisfaction au travail liée souvent à l'interruption de la relation avec le patient. Finalement, l'interruption des tâches peut amener l'infirmière à avoir un sentiment de ne pas être autonome car, à force de répondre aux besoins des autres, elle met ses tâches au second plan. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

En ce qui concerne l'ambiguïté des rôles, l'infirmière peut se trouver dans un rôle qui n'est pas le sien, par exemple en remplaçant l'infirmière-chef ou encore en faisant le travail d'une collègue aide-soignante malade. Cette ambiguïté amène une confusion et un stress supplémentaire. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Par rapport à ce point, je tiens à dire que l'interruption des tâches fait partie intégrante du métier d'infirmière car nous travaillons avec des êtres humains malades qui vivent une période de crise. De ce fait, ils ont besoin de nous et notre travail consiste à répondre à leurs besoins du mieux que nous pouvons. Quant à l'ambiguïté des rôles, elle provient du fait que la profession de soignant fait partie des métiers polyvalents puisque tout soignant reçoit et utilise des connaissances en physiothérapie, diététique, psychologie, etc.... « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

### **3. Les variables dus aux conditions de travail :**

La relation d'aide fait partie intégrante de la profession d'infirmière et prend une place dans le syndrome d'épuisement. En effet, pour que le soignant soit à l'aise avec son patient et *vice versa*, il faut que le soignant sache garder une bonne distance. Si l'implication du soignant est trop élevée, un stress va naître. Mais est-il toujours facile de ne pas trop s'impliquer ? « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Le travail de soignant implique d'être en relation étroite avec la souffrance, la mort, la peur. Le soignant se retrouve dans des situations complexes qui peuvent le toucher dans ses valeurs éthiques : l'impuissance face

aux situations, l'acharnement thérapeutique, l'âge du patient. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Le soignant doit faire face à des situations difficiles psychologiquement et pénibles d'un point de vue administratif. Cela peut engendrer aussi du stress.

Le manque de soutien comprend le cloisonnement, la loi du silence, les situations conflictuelles et le manque d'échange. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Tout d'abord, selon eux, le cloisonnement, c'est-à-dire l'absence de communication dans une équipe liée à la hiérarchie ou au grade, fait que chacun s'isole et se sent débordé. Personne ne se sent écouté et entendu. En ce qui concerne la loi du silence, les infirmières s'engagent à tenir le secret professionnel et, de ce fait, n'ont pas le droit de parler des situations rencontrées à d'autres personnes qu'à l'équipe soignante.

Mais ce silence va plus loin. En effet, les soignants ne prennent plus le droit de se plaindre, ont peur de poser certaines questions embarrassantes et tous ces silences deviennent pesants. Dans un même ordre d'idées, les situations conflictuelles entre les intervenants auprès d'un même patient alourdissent les journées de travail et génèrent du stress. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Le manque d'échange est aussi générateur de stress. Pour toutes les raisons citées ci-dessus et ci-après, le soignant s'enferme dans ses propres pensées et diminue son temps d'échange avec ses collègues et avec ses patients. Venons-en à la technologie. Certains gestes, certaines pratiques, certaines machines deviennent de plus en plus complexes et ne cessent d'évoluer. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

Les « anciennes » infirmières doivent se remettre au niveau demandé et s'adapter au milieu qui évolue. De ce fait, elles peuvent remettre en question leurs capacités professionnelles. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

#### 4. Les variables environnementaux :

Nous informons que les variables environnementales comprennent un système de 5 Mécanismes : le milieu, les matières premières, le matériel, les méthodes de travail et la main-d'œuvre. En voici l'explication point par point.

« CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

A. Le milieu : rassemble tout ce qui contribue à l'ambiance dans le service soit, par exemple, la température, les lumières, les sonneries, les alarmes ainsi que l'architecture du service. Il est bien évident qu'une infirmière sera plus fatiguée et plus stressée si les lumières, les sonneries et les alarmes sont fortes et si l'architecture oblige à de plus grands déplacements. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

B. Les matières premières : sont tous les produits utilisés quotidiennement par les infirmières comme les gants de protection, le coton, le scotch, les ciseaux, le désinfectant, etc.... « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

Il est important pour une bonne organisation que les matières premières soient à leur place et en nombre suffisant. Sans cela, des déplacements qui pourraient être évités doivent être faits par les infirmières et sont générateurs de stress. L'utilisation de produits dangereux (antimitotiques, certains antibiotiques, antiseptiques, etc....) peuvent aussi induire un certain stress pour les infirmières. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

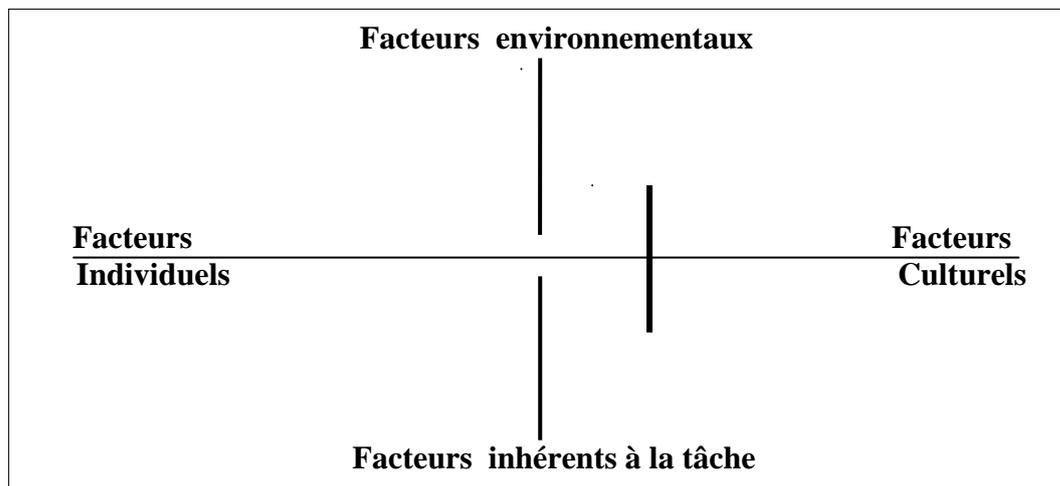
C. Le matériel : constitue tous les éléments qui facilitent le travail quotidien de l'infirmière.

Il s'agit, par exemple, de lits électriques, d'ascenseurs pour les personnes lourdes et de meubles mis à disposition dans la chambre : ceux-ci contribuent au maintien de sa santé physique et psychique. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

**D. Les méthodes de travail** : regroupent les protocoles, les règles du service, les rapports. Elles sont en constante évolution et, de ce fait, l'équipe soignante doit s'adapter toujours et rapidement aux changements. Je terminerai le système des 5M avec **la main-d'œuvre** qui est insuffisante, ce qui alourdit la charge de travail. Le manque de main-d'œuvre est source d'épuisement. « **CANOUI, P., MAURANGES A, 2001** ».

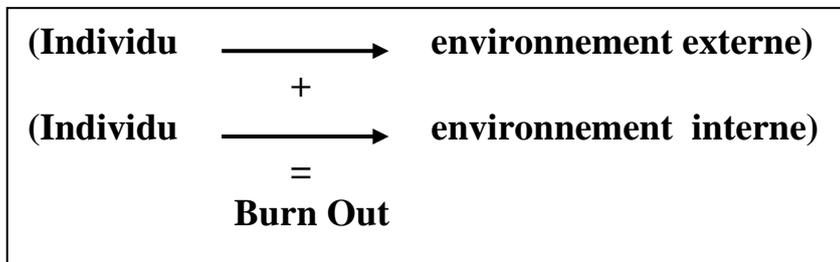
*Schema de Michel Oigny sur les facteurs liés aux environnements interne et externe :*  
« **OLIGNY, M., Stress et burnout en milieu policier, (1991), Presse de l'Université du Québec, P. 217** »

**Figure 03** : les facteurs de burn out liés aux environnements interne et externe de BOS.



*Schema de Michel Oligny sur les facteurs liés aux environnements interne et externe :  
« OLIGNY, M., Stress et burnout en milieu policier, (1991), Presse de l'Université du  
Québec, P. 217 »*

**Figure 04 :** *l'interaction des environnements « interne et externe » dans le déclenchement de  
BOS.*



**Explication les deux figures :**

Le burnout résulte en fait de l'interaction de facteurs principalement organisationnels et environnementaux inhérents à la tâche et de facteurs d'ordre individuel et culturel. Il importe de considérer l'échange qui se fait entre ces quatre types de facteurs. Le schéma suivant illustre les réseaux d'échange entre ces différents facteurs.

En fait, le burnout résulte du caractère à sens unique de la transaction d'un professionnel avec son milieu externe, sorte de rupture de relation avec son environnement interne. « **OLIGNY, M, 1991** ».

D'une part, c'est le milieu de travail, au sens strict du terme, qui met en oeuvre les facteurs environnementaux et organisationnels inhérents à la tâche. D'autre part, (.....) doit gérer sa relation avec lui-même, donc avec son environnement interne (sa personnalité) pour intervenir dans cette transaction.

Ce sont les intérocepteurs qui renseignent sur les besoins de l'environnement interne et qui permettent à l'individu de les satisfaire. Si leurs signaux sont méprisés, incompris ou inaudibles, l'environnement interne n'est pas géré et ne peut faire face aux besoins de l'environnement externe. Enfin, la vie au travail ne peut être isolée du contexte culturel, car elle répond à des normes et à des règles culturelles qui s'appliquent également dans les autres secteurs de la vie sociale. « Renoncer à un idéal, à un rêve ou à une visée grandiose, c'est faire un choix qui ouvre la porte à l'épuisement ou au travail du

deuil. Il semble, en effet, que lorsque le deuil s'avère impossible le sujet, incapable de renoncer, abuse de lui, de ses énergies, pour enfin se « brûler ». Alors, advient cette maladie de l'âme en deuil de son idéal ». (Freudenberger ;1974). « **OLIGNY, M, 1991** ».

### **V.Prévention :**

1. **La prévention primaire :** Ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, c'est-à-dire, réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, par le biais de l'éducation et de l'information auprès de la population. « **www.infirmiers.com \*\* OMS prevention santé à 12:21/ 7/02/2015** ».
2. **La prévention secondaire :** Ensemble d'actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie. « **www.infirmiers.com \*\* OMS prevention santé à 12:21/ 7/02/2015** ».
3. **La prévention tertiaire :** Ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer ses conséquences et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale. » « **www.infirmiers.com \*\* OMS prevention santé à 12:21/ 7/02/2015** ».

**VI. La mesures de prévention du S.E.P ou B.O.S selon CANOUI, P., MAURANGES A. :**

**1. Correction des facteurs liés à l'organisation du travail :**

Cette action est la plus difficile à élaborer étant donné que, pour améliorer l'organisation d'un service, il faudrait écouter les plaintes des soignants et y donner suite. Cependant, certains points peuvent être mis en évidence.

« CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

- a) Améliorer les temps de rapport entre les infirmières : elles pourraient exprimer leur vécu, leur ressentis sur les situations vécues ;
- b) Définir des objectifs de travail : ceci permettrait de limiter le travail de l'infirmière et de diminuer l'ambiguïté des rôles ;
- c) Reconnaître le travail de l'infirmière en temps que métier à part entière ;
- d) Réduire au maximum l'interruption des tâches ;
- e) Mettre à disposition suffisamment de matériel afin d'éviter des déplacements inutiles. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

**2. Mise en place de groupes de parole dans les services :**

Le but des groupes de parole est de réunir les soignants d'un service désireux de s'exprimer sur une situation et de permettre un temps d'échange. Chacun a droit à la parole. Ainsi, une souffrance ou une colère qui est exprimée pèsera beaucoup moins sur la personne et le stress sera diminué. « CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

**3. Actions de formation :**

Il s'agit d'aborder des thèmes comme la souffrance, la maladie, la mort, l'épuisement professionnel afin de donner aux infirmières des outils de travail.

« CANOUI, P., MAURANGES A, 2001 ».

**Résumé :**

L'objet principal de cette étude était d'explorer la question du stress et de l'épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel. Il nous semble que mieux connaître le stress et l'épuisement des professionnels permettrait de préserver la santé des salariés, de diminuer les accidents du travail, les maladies professionnelles pour au final diminuer les coûts qu'ils engendrent. Agir sur les dysfonctionnements qui perturbent la production d'un système de santé de qualité et améliorer tout à la fois les soins délivrés aux patients et le climat social auraient des conséquences positives. « **Cherkaoui, W et al, 2012** ».

## **Partie II : Partie Pratique**

### **Chapitre III**

## **LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

Dans ce chapitre, notre recherche se déroule selon la méthode de descriptive, qu'elle a émergé tous le travail de la recherche dans une facette compréhensive visante a doté tous les outils et les moyens qui nous avons effectués dans la recherche théorique dans un but d'examiner le résultat expérimental à partir des données théorique.

Dans ce chapitre de notre mémoire, nous allons aborder la méthodologie de la recherche mise en place afin d'aboutir aux recueils des données.

Ce chapitre va être divisée entre sept étapes :

#### **I. Définir le lieu de la recherche :**

Depuis 1962, date de l'indépendance de l'Algérie à 1990 date d'ouverture du nouvel hôpital, la ville d'el-khroub a connu une démographie galopante passant de quelques 20.000 habitants à plus de 150.000 où l'ancien hôpital, de catégorie "B" et d'une capacité de 70 lits ne répondait plus aux besoins de cette population.

Ce n'est qu'en 1990 que le secteur sanitaire d'el-khroub couvrant deux (02) daïrate (khroub et Ain Abid) et cinq (05) communes (khroub – Ain Abid –Ain Samara –Ouled Rahmoun –Ben Badis) se voit doter d'un nouvel hôpital d'une capacité de 240 lits techniques et plus de 270 lits organisés pouvant répondre plus ou moins ,aux besoins de cette région en matière de soins ,prise en charge, prévention.....Cette structure ayant été baptisée "Hôpital Mohamed Boudiaf" est venue à point pour renforcer les activités des quelques unités déjà existantes 07 polycliniques, 02 maternités urbaines intégrées, 21 salles de soins , un SEMEP et un UCTMR.

Du point de vue situation géographique, l'Hôpital Mohamed Boudiaf situé sur un grand axe routier à grande agglomération et grand trafic reliant la ville de Constantine aux autres grandes villes de l'est algérien: Guelma, Batna, Oum El bouaghi, Tébessa...notamment après la mise en circulation de l'autoroute Batna- Constantine, a doublé son activité où on recense de toute part et de toute origine un nombre important de malades venus se traiter au sein de notre établissement dans le domaine des urgences, de la maternité gynécologie, de la médecine avec toutes ses spécialités , de la pédiatrie et de la chirurgie générale.

Une réorganisation de la carte sanitaire s'avérant nécessaire, l'année 2007 a vu la mise en exécution d'un volet important contenu dans la réforme hospitalière en matière de gestion et de prise en charge :c'est ainsi que le décret exécutif N°140/07 du 19 mai 2007 (**voir J.O.n°33/2007**)portant création, organisation et fonctionnement des établissements publics hospitaliers (EPH) et établissement publics de santé de proximité (EPSP) est venu découper les 185 secteurs sanitaires du pays en 189 EPH et 273 EPSP.

Ce nouveau système de découpage mis en exécution qui a date du 1er janvier 2008 a décentralisé le secteur sanitaire d'el-khroub en : EPH Khroub, EPH Ali mendjeli, EPSP Khroub, EPSP Ain Abid où chaque établissement a bénéficié de sa pleine et entière autonomie.

L'établissement public hospitalier d'El-khroub, étant un établissement public à caractère administratif, placé sous la tutelle du wali (direction de la santé et de la population) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, a pour mission de prendre en charge les besoins de la population en matière de santé au sens le plus large et ses taches se résument à:

- 1) Appliquer les programmes nationaux de santé-Assurer l'hygiène, la stabilité et la lutte contre les nuisances et fléaux sociaux
- 2) Assurer le perfectionnement et le recyclage des personnels y dépendant.
- 3) Assurer la formation médicale, paramédicale et la gestion hospitalière basées sur des conventions signées.
- 4) Offrir les soins adéquats à tout patient malade ou hospitalisé et cela par le biais des différentes spécialités essentielles existantes
- 5) Honorer ses différents contrats en matière de médecine de travail avec les sociétés et entreprises publiques et (ou) privées.
- 6) Procéder aux échanges inter secteurs et inter établissements dans le domaine de la santé et de la science.

## **II. Le choix de groupe de recherche : « la profession infirmière dans le service de réanimation » :**

Nous allons procéder en deux temps dans cet étape.

Dans un premier temps, nous allons montrer comment le groupe de recherche a été choisi. Puis dans un second temps, nous détaillerons le groupe de recherche retenus à la base de nos méthodes de recueil de données nécessaires à notre recherche de terrain : la méthode quantitative (partie centrale de l'étude) basée sur des chiffres statistiques des tableaux et des graphiques et la méthode qualitative (partie complémentaire) basée sur l'interprétation des axes de l'entretien et de test de MBI.

Au sein du métier infirmière, il existe divers statuts et divers profils. Afin de montrer cette diversité, nous allons commencer par décrire de manière générale les profils recherchés puis nous nous intéresserons de plus près à la mise en place de groupe de recherche : quantitatif et qualitatif.

Notre population est constituée de onze infirmiers les plus anciens et les plus experts dans le service de réanimation, on a des tranches d'âge de 38 ans jusqu'au 56 ans.

La population des infirmiers réanimateurs concernées comprenait en 2015, 11 agents paramédicaux exerçant dans le service de réanimation à travers la structure hospitalière E.P.H d'el-khroub de la wilaya de Constantine.

Ces professionnels qui réalisent des soins auprès des patients au réanimation sont les plus exposés aux contraintes liées aux conditions de travail. Leur nombre représente la population mère de cette catégorie de professionnelle. Les tableaux suivants montrent les caractéristiques de notre population.

### **III. La méthode et les outils de recueil des données de la recherche :**

Nous avons une *méthode descriptive* a combiné notre recherche dans une facette d'étude de cas et clinique, Elle favorise à decrire notre mémoire de recherche, À partir des cas ou de groupe de recherche.

Dans tout travail de recherche, notamment en sciences humaines et sociales tels que la psychologie d'orientation clinique, le chercheur est contraint de choisir des instruments et des situations d'évaluation les mieux adaptés à la question posée afin de valider les hypothèses et généraliser les résultats.

Comme notre thème d'étude concerne l'épuisement professionnel qu'engendre la profession infirmière au sein de service de réanimation de l'EPH d'el-khroub (W) de Constantine, il n'est pas pertinent de réaliser une étude basée uniquement sur l'étude de cas.

En effet, l'épuisement professionnel est non seulement décrit comme un phénomène individuel, mais comporte aussi un caractère social.

On a interrogé des infirmiers ou infirmières ayant au moins un an d'ancienneté dans le service de réanimation en vue de recueillir leur expérience autour des thèmes abordés.

Nous avons désiré interroger cette population cible en raison du recueil qu'ils peuvent avoir dans ce genre de situation et à la multiplicité des cas qu'ils ont dû rencontrer.

Nous avons également interrogé des infirmiers ou infirmières ayant déjà participé à des réunions pluridisciplinaires de limitation ou d'arrêt des thérapeutiques afin de recueillir leur témoignage et nous permettons de comprendre l'impact sur la prise en charge du patient en service de réanimation.

On a choisi comme outil de recherche *l'entretien semi-directif* dans une approche descriptive afin de permettre un échange entre notre interlocuteur et nous autour de notre question centrale. Au vu de la complexité des deux variables abordés, il nous paraît nécessaire de procéder par ce biais afin d'avoir la possibilité d'utiliser des techniques de reformulation si nécessaire, d'avoir un dialogue ouvert et riche d'enseignement.

On s'intéresse dans le cadre de notre recherche aux ressentis des infirmiers, à leur vécu, à leur prise en charge d'un patient avant et après une décision de limitation thérapeutique, à leur participation lors du processus décisionnel, toutes ces questions étant formulées de manière à aborder tous les thèmes importants de notre cadre théorique et permettre de répondre en détail à notre question centrale. Ce type d'entretien on permettra également de pouvoir rebondir sur les réponses afin d'apporter des précisions supplémentaires et de nouvelles pistes d'investigation.

Et on a aussi comme outil de recherche *le test MBI* pour mesurer la prévalence de la recherche à partir des cas ou de groupe de recherche, sont onze infirmières exercent dans le service de réanimation (deux femmes et neuf hommes).

Chaque d'eux ont des critères spécifique et avies privés autonome l'un des autres.

#### **IV. La phase de test :**

le test l'un des outils qui on a utilisé dans la constitution de la mémoire, il a permet d'avoir une resultat fiable et faisable dans l'operationnalisation des concepts théorique dans le terrain et confirmé et/ou infirmé l'état des personnels infirmières dans une méthode descriptive sur l'aménagement des techniques et des mécanismes a gérer la situation gênante ou confortable pour cibler le vrai syndrom.

Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est une échelle d'autoévaluation mesurable (mesurer la prévalence et le score de goupe de recherche), qui permet d'évaluer explore trois aspects du burn out: l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la difficulté à gérer la relation aux autres et même temps est un test d'étalonnage (établissement d'une hiérarchie standard qui permet de classer des réponses individuelles dans un groupe), établie par Maslach & Jackson (1986) sur des professionnels de la sante.

##### **1. Cotation des réponses**

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

## **2. Interprétation**

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

### **A. Épuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20**

-total inférieur à **17**: burn out bas

-total compris entre **18** et **29**: burn out modéré

-total supérieur à **30**: burn out élevé

### **B. Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22**

-total inférieur à **5**: burn out bas

-total compris entre **6** et **11**: burn out modéré

-total supérieur à **12**: burn out élevé

### **C. Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21**

-total supérieur à **40** : burn out bas

-total compris entre **34** et **39** : burn out modéré

-total inférieur à **33** : burn out élevé

Le test est distribué aux onze infirmiers réanimateurs dans des enveloppes a fin de reponder sur des quéstions de test dans leurs domiciles et ils nous remettent leurs réponses en respectant leurs anonymats pour facilité des récoltants des données de test MBI.

Les réponses sont émergées sans avoir aucun obstacle de la part des infirmiers réanimateurs, ils ont été coopératifs et compréhensifs de l'objet de notre recherche et ils ont donné leur pleine attention pour nous recueillir toutes les informations nécessaires de cette recherche.

#### **V. Les limites de la recherche :**

L'EPH est un établissement public hospitalier regroupant les moyens de la santé les plus primordiaux des besoins de la population qui ont leur domicile proche de la ville d'el-khroub (w) de Constantine.

Notre groupe de recherche est constitué de 11 infirmiers (9 hommes et 2 femmes), tous mariés sauf un infirmier est célibataire, dans des tranches d'âge différentes de 38 ans jusqu'à 56 ans.

Notre recherche répartie dans une durée précise de 40 jours, elle a été effectuée à différents horaires soit le matin soit le soir selon l'opportunité de notre recherche ou les études de cas.

Les limites de notre recherche sont particulièrement liées à l'activité de service de réanimation dans l'EPH d'el-khroub.

En effet, il est très difficile de prévoir un rendez-vous lorsque l'état perturbé des patients peut engendrer une prise en charge d'urgence.

De plus, lors de ces entretiens, il arrive fréquemment d'être dérangé par les alarmes, ce qui rend la discussion peu fluide et ne permet pas d'approfondir les thèmes abordés.

De plus, il nous a été difficile d'avoir l'accord des cadres de santé pour pouvoir réaliser notre recherche. Il nous a fallu leur indiquer que nous étions prêts à venir la nuit, le vendredi ou les jours fériés afin qu'ils nous accordent la permission de rencontrer les infirmiers.

Au niveau de notre questionnaire, il a fallu que nous reformulions certaines questions contenant des notions ou des termes parfois trop scolaires, qui n'étaient pas forcément compris par les professionnels de terrain.

## **VI. Déroulement de la recherche :**

La recherche occupe une place très importante dans les méthodes utilisées en sciences humaines et sociales, elle permet de mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux.

Notre recherche a une valeur importante sur la spécificité de la santé algérienne qui est présente les souffrances des infirmiers d'une part et les souffrances des soignés d'une autre part, la prudence de la structure hospitaliers fait partie d'obstacle à dévoiler le caché et le derrière des décision de l'organisation hospitalière.

Notre mémoire de recherche se fait dans une approche descriptive et on a appuyé sur un entretien semi directif et un test de MBI qui est mesurable (mesurer la prévalence et le score de groupe de recherche) et même temps est un test d'étalonnage (établissement d'une hiérarchie standard qui permet de classer des réponses individuelles dans un groupe).

C'est un outil d'observation très performant, qui consiste à collecter des réponses ou des informations auprès d'un nombre assez important de personnes. Selon Rossi & all. (1999) « les études des cas ne se définissent pas par leur contenu mais par leur méthode.

La méthode de la recherche peut paraître plus proche de l'observation que de l'expérimentation, en ce qu'elle ne suppose pas de modification délibérée de la situation dans laquelle se trouvent les individus dont les comportements sont objets de l'étude, elle se propose d'observer ces individus dans leur environnement habituel ».

La recherche ou l'étude de cas se veut un outil d'étude permettant d'obtenir des informations correspondant aux objectifs, afin d'évaluer ou de changer par la suite une situation donnée.

Pour cela une méthode d'étude s'avère nécessaire et même indispensable pour explorer et déterminer notre objet et notre choix méthodologique.

Notre recherche s'est déroulée dans chaque jour, on a interrogé dans l'établissement deux infirmier(ères) sur leur lieu de travail, à chaque fois dans l'office des infirmiers afin d'être au calme.

Les cadres de santé de ce service de réanimation nous ont demandé de venir après 21 heures car le service est plus calmes la nuit qu'en journée. On est présenté le premier soir dans le premier service et on n'a pu être reçu pour la réalisation de notre recherche en raison d'une urgence vitale qui occupait tous les infirmiers ; ils n'ont donc pas pu nous recevoir ce soir-là, nous sommes donc repassé le lendemain.

De plus, les infirmiers n'avaient pas été informés de notre passage par leur cadre de santé. Les infirmiers de l'autre structure avaient par contre été informés de notre passage et s'étaient organisés en conséquence.

La durée des entretiens s'est échelonnée entre 10 et 20 minutes. On a réalisé notre recherche afin de pouvoir retranscrire le plus fidèlement possible les réponses qui m'ont été données.

Notre deux premiers entretiens ont été entrecoupés à plusieurs reprises en raison de l'activité intense du service et des alarmes de scope qui sonnaient souvent.

Nous deux suivants se sont déroulés de manière continue, les infirmières disponibles se relayant afin d'assurer le suivi des patients de celle que nous interrogeons.

Nous avons par la suite, continué de bavarder sur le sujet de notre mémoire en toute convivialité.

**VII. Rappel de l' Hypothèse de recherche :**

**HYPOTHESES PRINCIPALE :**

Les infirmiers exerçants dans un service de réanimation souffrent de burn out.

**LES HYPOTHESES OPERATIONNELLES :**

1. L'épuisement émotionnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
2. La dépersonnalisation est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
3. L'absence d'accomplissement personnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.

## **Partie II : Partie Pratique**

**Chapitre IV**  
**PRESENTATION, ANALYSE DES RESULTATS**  
**ET DISCUSSION DES HYPOTHESES**

Dans ce chapitre, on a présenté les cas de notre recherche, dans le but d'analyser les résultats de notre études descriptives

Ce chapitre va être divisée entre trois étapes :

**I Présentation des cas de recherche :**

Nous avons 11 cas des infirmières exerçants leur profession dans le service de réanimation, ils ont réparti en deux groupe sous le service de réanimation sont neuf hommes dans la réanimation chirurgical et deux femmes dans la réanimation médical, et on a aussi un tranche d'âge entre 38 ans jusqu'aux 56 ans, et on a aussi un minimum de sept ans d'expérience dans ce service.

Nous avons les deux tableaux ci dessous représentent les effectifs des infirmières dans le service de réanimation et leurs tranches d'âges en EPHE.

*EPHE* : établissement public hospitalier d'el-khroub, *IR* : infirmier(ère) réanimateur(trice), *RC* : réanimation chirurgical, *RM* : réanimation médical.

**Tableau récapitulatif 01 :** Représente le nombre d'effectif des infirmières dans le service de réanimation en EPHE

Tot/act/ref services	Total	Accepte	Refus	% TOT	% ACP	% REF
IR de RC	09	09	00	75%	100%	00%
IR de RM	03	02	01	25%	67%	33,33%
<b>Total</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>01</b>	<b>100%</b>		

**Tableau récapitulatif 02 :** Représente les tranches d'âge dans le service de réanimation en EPHE

Tranches d'âge	Les personnels infirmiers	Pourcentage %
20 à 30 ans	00	00%
31 à 40 ans	03	27,27%
41 à 50 ans	06	54,54%
>50 ans	02	18,19%
<b>Total</b>	<b>11</b>	<b>100%</b>

On a présenté les cas qu'on a déjà abordé avec eux l'entretien semi directif et le test de MBI, ils sont des infirmières exerçants leur profession dans le service de réanimation.

Nos cas ont des compétences spécifiques selon les témoins du secteur de la santé et le directeur de l'EPH.

*SEE* : score de l'épuisement émotionnel, *SDP* : score de dépersonnalisation, *SAP* : score d'accomplissement personnel.

*Présentation du premier cas :*

M<sup>r</sup> ABDELHALIM est un chef de service, il a 47 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1991, Il exerce dans ce service depuis 15 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE

M<sup>r</sup> ABDELHALIM est très coopératif dans l'entretien qu'on a abordé avec lui et il nous a donné tous informations de son métier et ses contraintes de son travail, on a observé durant la période de stage beaucoup de conflit entre eu et les chirurgiens dû à manque de confiance massive parfois ils ont utilisé de langage humilière.

On a observé selon notre cas d'étude que le monsieur a beaucoup de conflits interpersonnel qui a traduit par une souffrance communicationnelle avec les patients et avec ses collègues de travail.

L'épuisement émotionnel augmente et l'accomplissement personnel baisse avec le désir de reconversion professionnelle. De même, ne pas avoir ce désir de reconversion est lié à une diminution de l'épuisement émotionnel et une augmentation de l'accomplissement personnel.

Il est facile à comprendre qu'un infirmier voulant changer de métier ne ressent pas de satisfaction au travail et ne puisse donc pas avoir un grand accomplissement personnel.

Un épuisement émotionnel pourrait être aggravé ou apparaître lorsque le médecin continue à faire un métier qui ne lui plaît pas.

Dans la littérature, il est surtout noté que le désir de reconversion professionnelle est une conséquence du burn out.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI avec M<sup>r</sup> ABDELHALIM on a constaté qu'il est subit dans une contrainte brutale, il a des années de consommation de psychotropes, il a un désir de reconversion professionnelle.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 54 et le SDP = 20 et le SAP = 48*

Notre cas a désespéré de continuer dans cette profession selon lui la paye n'est pas suffisante de voir un avenir stable et confortable et les personnel de la sante sont médiocre, ils ont cherché leurs intérêts sans intéresser aux autres.

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patient.

*Présentation du deuxième cas :*

M<sup>r</sup> Ayachi est ancien dans ce métier, Il a 51 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1988, Il exerce dans ce service depuis 18 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

M<sup>r</sup> Ayachi est très coopératifs dans l'entretien qu'on a abordé avec lui, Il a exprimé qu'il n'a eu au moins de motif de continuer dans ce métier, Il a détesté son entourage et son malade et tous qui ont relié à la secteur de la santé.

On a observé que M<sup>r</sup> AYACHI a beaucoup des obstacles avec son établissement, il n'a pas l'envie de fréquenter avec ses collègues de travail, il est évité de contacté les patients, il a un problème de communiquer avec son directeur sans l'humiliation et l'insultation.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> AYACHI a souffrance brutal dans ce service, il a fallu de résoudre ses problèmes de travail pour servir les patients, puisque le service de réanimation est un service le plus sensible dans les établissements sanitaires.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 51 et le SDP = 13 et le SAP = 34*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patients.

*Présentation du troisième cas :*

M<sup>r</sup> DJAMEL est ancien dans ce métier, il a 40 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1995, Il exerce dans ce service depuis 10 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé pendant la durée de stage que M<sup>r</sup> DJAMEL le plus revendiquant dans cet établissement il demande beaucoup des moyens et les médicaments pour servir les patient.

Il nous ouvrit ses sentiments et il nous explique beaucoup de chose comme un témoin à dévoiler le caché de souffrances des personnels infirmiers de ce service, il nous dit il n'a pas de repos pour le déjunié, ça c'est un obstacle pour servir les patients et plus épuiser pour lui.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> DJAMEL a souffrance brutal dans ce service, il a un problème de communication avec la structure de cet établissement.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 54 et le SDP = 13 et le SAP = 40*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patient.

*Présentation du quatrième cas :*

M<sup>r</sup> HASSANE est ancien dans ce métier, il a 40 ans d'âge, célibataire, Il est diplômé depuis 1995, Il exerce dans ce service depuis 10 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> HASSANE a une souplesse avec les patients et leurs familles, mais avec les médecins, il a beaucoup de conflits avec eux par exemple il n'accepte pas de discuter avec les médecins de n'importe quel sujet, il refuse de communiquer avec eux, il refuse tous les personnes qu'ils veulent de l'invité sauf une personne c'est son chef de service M<sup>r</sup> ABDELHALIM.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> HASSANE a souffrance brutal dans ce service, il a un problème de communication avec la structure de cet établissement.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 36 et le SDP = 30 et le SAP = 48*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues.

*Présentation du cinquième cas :*

M<sup>r</sup> MOHAMED est ancien dans ce métier, il a 56 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1987, Il exerce dans ce service depuis 17 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> MOHAMED est aimable entre leur collègue de travail en raison de sa ancienneté dans le métier infirmière et son expertise dans cette profession, mais il n'a pas confort dans cet établissement, il a un conflit avec son directeur et aussi ses horaires de travail et le manque de repas de déjeunée.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> MOHAMED a souffrance brutal dans ce service, il a un problème de la structure de cet établissement.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 34 et le SDP = 15 et le SAP = 39*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patient.

*Présentation du sixieme cas :*

M<sup>r</sup> MORAD est ancien dans ce métier, Il a 48 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1989, Il exerce dans ce service depuis 12 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> MORAD a manque de l'enthousiasme a prend en charge les patients et de communiquer avec leur familles, il a aussi des conflits avec ses collègues de travail et avec son directeur.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> MORAD a souffrance brutal dans ce service, il a un problém avec des organisateur de son établissement.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 54 et le SDP = 13 et le SAP = 42*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patient.

*Présentation du septieme cas :*

M<sup>r</sup> NOURADDINE est ancien dans ce métier, Il a 49 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1989, Il exerce dans ce service depuis 12 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> NOURADDINE a beaucoup de rage vers les médecins et son directeur et il a manifesté la haine de son entourage et les personnes qui sont provoqué la misère de sa situation.

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> NOURADDINE a souffrance brutal dans ce service, il a un problème avec toute la structure de son établissement sauf quelques collègues de son métier.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 26 et le SDP = 14 et le SAP = 43*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patients.

*Présentation du huitième cas :*

M<sup>r</sup> SABER est ancien dans ce métier, Il a 46 ans d'âge, marié, Il est diplômé depuis 1995, Il exerce dans ce service depuis 10 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> SABER a des sentiments froids vers ses collègues de travail, il a des contraintes dans son métier comme ses horaires de travail et la chance d'avoir un repas dans la journée et a des problèmes de communiquer avec le directeur (selon M<sup>r</sup> SABER le directeur n'entend pas à des problèmes et il n'a pas aussi été coopératif).

A partir de notre entretien semi directif et le test de MBI, on a constaté que M<sup>r</sup> SABER souffre brutalement dans ce service, il a un problème avec toute la structure de son établissement sauf quelques collègues de son métier.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 54 et le SDP = 20 et le SAP = 36*

Il a présenté les signes suivants : perte de son enthousiasme, l'envie de reconversion de sa profession, relation froide avec ses collègues et les patients.

*Présentation du neuvième cas :*

M<sup>em</sup> SAMIA est ancienne dans ce métier, Elle a 40 ans d'âge, mariée, elle est diplômée depuis 1998, Elle exerce dans ce service depuis 7 ans, Elle a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>em</sup> SAMIA a des obstacles de communiquer avec son établissement spécifiquement son chef de personnel M<sup>r</sup> Y et elle a de plein souffrance de gérer les situations violentes (comme l'insultation et les menaces des patients vers lui), mais elle avait beaucoup d'enthousiasme de sa profession.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 29 et le SDP = 24 et le SAP = 45*

Elle a présenté les signes suivants : la fatigue pendant le travail, relation froide avec les patients.

*Présentation du dixième cas :*

M<sup>r</sup> SAMIR est ancien dans ce métier, Il a 40 ans d'âge, mariée, Il est diplômé depuis 1998, il exerce dans ce service depuis 10 ans, Il a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>r</sup> SAMIR a des obstacles de gérer les situations stressantes comme le contact avec les patients et aussi leurs familles, Il a de problème de communication avec le chef personnel M<sup>r</sup> Y qui a un grand conflit avec lui.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 26 et le SDP = 21 et le SAP = 47*

Il a présenté les signes suivants : la fatigue pendant le travail, relation froide avec les patients.

*Présentation du onzieme cas :*

M<sup>em</sup> SONIA est ancienne dans ce métier, Elle a 49 ans d'âge, mariée, Elle est diplômé depuis 1991, elle exercee dans ce service depuis 10 ans, Elle a fait beaucoup de formations sur son métier dans l'annexe de l'EPHE.

On a observé que M<sup>em</sup> SONIA n'a pas des problems dans ce métier spécifiquement dans ce service, elle a une bonne relation avec ses collègues de travail et son établissement, elle a l'enthousiasme dans sa profession.

Notre cas a un résultat de test suivant *le SEE = 03 et le SDP = 02 et le SAP = 27*

Elle n'a présenté aucun signe de manifestation de syndrome de burn out, elle est confortée dans son environnement de travail.

Chez nos cas nous avons  $\frac{7}{11}$  infirmiers ont un score de l'épuisement émotionnel élevé et  $\frac{3}{11}$  infirmiers ont un score de l'épuisement émotionnel modéré, et  $\frac{1}{11}$  infirmier a un score de l'épuisement émotionnel bas

Et on a aussi  $\frac{10}{11}$  infirmiers ont un score de dépersonnalisation élevé et  $\frac{1}{11}$  infirmier a un score de dépersonnalisation bas.

Et on a aussi  $\frac{7}{11}$  infirmiers ont un score d'accomplissement personnel bas et  $\frac{3}{11}$  infirmiers ont un score d'accomplissement personnel modéré et  $\frac{1}{11}$  infirmier a un score d'accomplissement personnel élevé.

## **II Analyse des résultats :**

L'épuisement professionnel ou burn out a rencontré depuis son apparition sur la scène scientifique un engouement de la part des chercheurs qui, en essayant de l'appréhender, ont élaboré de nombreuses études afin de déceler ses caractéristiques et les mécanismes psychopathologiques ayant contribué à l'émergence de ce nouveau syndrome.

S'inscrivant dans une approche descriptive, l'épuisement professionnel en tant qu'une pathologie nouvelle n'appartenant à aucune catégorie diagnostique connue trouve son origine dans les changements qui ont eu lieu dans nos sociétés influant considérablement sur les comportements des individus sur toutes les sphères de la vie et notamment celle du travail, entraînant à plus ou moins long terme des conséquences néfastes tant au plan physique que psychologique.

Dans un contexte purement professionnel, le personnel de la santé et plus précisément celui des infirmiers exercent dans le service de réanimation de l'EPH d'el-khroub (W) de constantine rencontrent diverses contraintes lors de l'exercice de leur métier, liées en partie aux conditions et à l'organisation de

travail et d'autre part au contact avec les patients dont la gestion du stress s'avère difficile.

Cette lutte, étant prolongée et permanente, ces infirmiers finissent par craquer, en d'autre terme « épuisés » en se consumant émotionnellement et mentalement. Tout en abordant le syndrome de l'épuisement professionnel des infirmiers, plusieurs auteurs tels que Canoui & Mauranges (2004), Truchot (2004) et d'autres ont tenté de l'étudier sur tous les plans et de trouver des pistes reliant les aspects de l'épuisement professionnel avec d'autres facteurs qui pourraient contribuer à son apparition et cela pour une meilleure compréhension de ce syndrome.

On a analysé l'entretien semi directif selon les axes qui on a déjà réalisé dans la grille de l'entretien dans l'annexe 2 :

Axe Les informations sur les infirmiers réanimateurs : Questions : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 18, 19.

Axe Le niveau communicationnel chez les infirmiers réanimateurs : Questions : 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.

Axe La personnalité chez les infirmiers réanimateurs et leurs stabilités : Questions : 21, 22, 23, 24, 25.

#### **A. Axe les informations sur les infirmiers réanimateurs :**

Pour chacun des infirmiers interrogés il apparait que la réanimation est la suite logique de leur parcours professionnel, basé sur une volonté de travailler dans des services à haute technicité. Ils ont, durant leurs années d'exercice dans ce service, engrangé beaucoup d'expérience et développé pour beaucoup une analyse pointue dans leur domaine.

Cet axe les infirmières ont montré une grande curiosité sur le sujet de mon étude rend plus facile pour moi d'accéder à leurs préoccupations et les infirmières

exprimant leurs pensées au sujet de tout ce qui concerne leurs fonctions et leurs vies privées.

Cet axe a un rôle important à interpréter l'axe suivant pour les infirmières réanimateurs.

**B. Axe le niveau communicationnel chez les infirmiers réanimateurs :**

Cet axe montre le vrai problème de la situation actuelle qui a atteint au service de santé algérienne, un manque de communication au sein de l'établissement public de l'hôpital de l'E.P.H qui a souffert par des infirmières réanimateurs entre eux et leur chef personnel

Nos infirmiers réanimateurs sont plein de ressentiment de patients parce que les infirmiers voient les patients à chercher à la clémence et de compassion.

Mais les infirmiers réanimateurs sont en colère de ne pas noter que leurs problèmes sont arrivés au maximum de la souffrance.

**C. Axe la personnalité chez les infirmiers réanimateurs et leurs stabilités :**

Tous les infirmiers réanimateur ont accepté d'être les victimes de burn out à cause de manque de l'enthousiasme et l'ennuie de continuer dans ce métier.

Cela montre la baisse de la productivité du travail entre les infirmiers réanimateurs et leur incapacité à concilier les problèmes de gestion et le traitement du patient.

Par exemple, l'incapacité des infirmiers réanimateurs de manger la nourriture dans la journée complète sans aucun droit de revendiquer à la direction concernée.

L'analysé des résultats de test MBI qu'on a fait auprès des infirmières exerçants dans un service de réanimation.

1. Le score de l'épuisement émotionnel :

- 1) Le score de l'épuisement émotionnel élevé est :  $\frac{337}{7} = 48,14$
- 2) Le score de l'épuisement émotionnel modéré est :  $\frac{81}{3} = 27$
- 3) Le score de l'épuisement émotionnel bas est :  $\frac{3}{1} = 3$

2. Le score de la dépersonnalisation :

- 1) Le score de la dépersonnalisation élevé est :  $\frac{183}{10} = 18,30$
- 2) Le score de la dépersonnalisation bas est :  $\frac{2}{1} = 2$

3. Le score d'accomplissement personnel :

- 1) Le score d'accomplissement personnel élevé est :  $\frac{27}{1} = 27$
- 2) Le score d'accomplissement personnel modéré est :  $\frac{109}{3} = 36,33$
- 3) Le score d'accomplissement personnel bas est :  $\frac{313}{7} = 44,71$

Nous pouvons constater que le score **48,14** des IR souffrent d'un épuisement émotionnel élevé et le score **18,30** des IR une dépersonnalisation élevée, et le score **44,71** des IR ne sent pas d'accomplis dans leur travail.

Les 10 IR ont un degré du burn out sévère sont : (M<sup>r</sup> ABDELHALIM, M<sup>r</sup> AYACHI, M<sup>r</sup> DJAMEL, M<sup>r</sup> HASSANE, M<sup>r</sup> MOHAMED, M<sup>r</sup> MORAD, M<sup>r</sup> NOURADDINE, M<sup>r</sup> SABER, M<sup>em</sup> SAMIA, M<sup>r</sup> SAMIR), ils ont atteints les trois dimensions du burn out « épuisement émotionnel, la dépersonnalisation ou la déshumanisation, la perte de l'accomplissement personnel ».

Une infirmière a un degré du burn out faible est : (M<sup>em</sup> SONIA), elle n'a atteinte aucun dimension du burn out.

L'épuisement émotionnel augmente avec la sensation de non repos après les vacances.

Lorsque la charge de travail a augmenté par rapport à l'année précédente les IR sont plus à risque d'avoir un épuisement émotionnel élevé.

Les IR considérant ne pas passer suffisamment de temps à leurs proches (conjoint, famille, enfants, amis) ont plus de chance d'avoir un épuisement émotionnel élevé.

Les IR ayant déjà eu un désir de reconversion professionnelle sont plus à risque d'avoir un épuisement émotionnel élevé.

Les IR susceptibles d'avoir une dépersonnalisation élevée et ils ont des cynismes brutaux dans l'acceptation de soi et leurs réactions manifestes avec le déni et l'isolement de l'univers.

Les IR jugeant consacré suffisamment de temps à leurs proches sont plus susceptibles d'avoir un accomplissement personnel élevé.

L'accomplissement personnel augmente lorsque les IR ont un désir de reconversion professionnelle.

D'après l'ensemble de l'étude des cas, l'épuisement professionnel est réel dans le service de réanimation, harcèlement des malades, poids de l'administratif, non-reconnaissance du rôle de l'infirmier, difficile gestion de l'interface famille/travail, le désir de reconversion de profession, sont bien des facteurs de ce burn out qu'ils sont relié directement aux dimensions de burn out « l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, l'accomplissement personnel ».

Dans les réponses abordées, nous pouvons voir que la formation initiale reçue ne paraît pas totalement adaptée pour limiter la souffrance des infirmiers.

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

Notre travail de mémoire n'a pas la prétention de révolutionner les personnels infirmiers, il s'agit d'une prise de conscience. On espère de tout cœur que cette

recherche aura permis au lecteur de développer ses connaissances sur cette thématique précise.

En fin, notre analyse des résultats qu'on a présentés au dessus, on ne peut pas les généraliser à d'autres services pour tenter d'endiguer l'épuisement des infirmiers, cette analyse est appréciable selon notre étude de prévalence de burn out chez les infirmiers réanimateurs, peut être elle est différente d'autre chercheur dans d'autre service.

L'ensemble de ce travail nous a donc amené à cette question de recherche dans la future : « *Quels moyens sont mis en place au sein des établissements de santé pour aider les infirmiers à faire bon usage de leurs stabilité de travail ?* ».

### III Discussion des hypothèses :

On a un tableau des hypothèses de recherche qu'on a abordé dans la problématique

*Tableau récapitulatif 03 : les hypothèses que nous avons émises*

<i>HYPOTHESE PRINCIPALE</i>		
<i>L'Hypothèse</i>	<i>Confirmé</i>	<i>Infirmé</i>
<i>Les infirmiers exerçants dans un service de réanimation souffrent de burn out</i>	<b>OUI (+)</b> « <b>90,91%</b> des infirmiers ont de degré sévère de burn out »  Dix infirmiers sont confirmés par oui (Huit hommes et une femme)	<b>NON (-)</b> « <b>9,09%</b> des infirmiers a de degré faible de burn out »  Une infirmière est infirmée par non
<i>LES HYPOTHESES OPERATIONNELLES</i>		
<i>Les Hypothèses</i>	<i>Confirmé</i>	<i>Infirmé</i>
<b>1.</b> L'épuisement émotionnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.	<b>OUI (+)</b> « <b>63,64%</b> des infirmiers sont épuisés par l'épuisement émotionnel »  Sept infirmiers sont confirmés par oui (Sept hommes)	<b>NON (-)</b> « <b>36,36%</b> des infirmiers ne sont pas épuisés par l'épuisement émotionnel »  Quatre infirmiers sont infirmés par non mais... (deux femmes et deux hommes)
<b>2.</b> La dépersonnalisation est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation	<b>OUI (+)</b> « <b>90,91%</b> des infirmiers réanimateurs sont épuisés par La dépersonnalisation »  Dix infirmiers sont confirmés par oui (Neuf hommes et une femme)	<b>NON (-)</b> « <b>9,09%</b> des infirmiers n'a pas épuisé par dépersonnalisation »  Une infirmière, (une femme est infirmée par non)
<b>3.</b> L'absence d'accomplissement personnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation	<b>OUI (+)</b> « <b>63,64%</b> des infirmiers sont épuisés par L'absence d'accomplissement personnel »  Sept infirmiers sont confirmés par oui (Six hommes et une femme)	<b>NON (-)</b> « <b>36,36%</b> des infirmiers ne sont pas épuisés par L'absence d'accomplissement personnel »  Quatre infirmiers, (trois hommes sont infirmés par non mais... et une femme est infirmée par non)

Dans cette étude, nous avons pu mettre en évidence la présence de l'épuisement professionnel (burn out) chez les infirmiers réanimateurs de la wilaya de Constantine.

Divers facteurs semblent expliquer l'émergence de l'épuisement professionnel suite aux études qui ont été faites par de nombreux chercheurs tels que les conditions de travail et les facteurs intrinsèques de l'individu.

Mais qui concerne les études de burn out chez les infirmiers réanimateurs dans l'établissement public hospitalier d'el-khroub (mohamed boudiaf). c'est nous les premiers qu'ont abordé cette problématique.

Cependant, l'objectif de notre étude étant de tenter de mettre en valeur les facteurs, notamment du point de vue de principale la spécificité de cette établissement.

De ce fait, nous allons nous centrer sur les points qui nous permettront de répondre à nos hypothèses :

1. L'épuisement émotionnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
2. La dépersonnalisation est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.
3. L'absence d'accomplissement personnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation.

D'après les résultats de notre étude, nous avons pu relever un profil spécifique concernant la présence de l'épuisement professionnel chez la population des infirmiers réanimateurs, qui se rapproche à celui décrit dans la littérature scientifique comme nous le verrons dans ce qui suit :

1. *L'épuisement émotionnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçants dans un service de réanimation :*

Le constat fait au sujet de l'épuisement émotionnel, rend compte de l'influence de ce facteur sur l'apparition de l'épuisement professionnel.

En effet, 63,64% des infirmiers réanimateurs (7 hommes) ont un EE élevé et 36,36% des infirmiers réanimateurs (une femme et 2 hommes) ont un EE modéré et (une femme) a un EE bas.

Selon l'explication de MAURANGES A : « physique et psychique, il entraîne un vide, une fatigue non rétrocedante au sommeil, un comportement inhabituel

face à une émotion quelconque (crise de larmes par exemple)... »  
« MAURANGES A, 2002 ».

Autre explication de **OLIGNY, M** : « qui se manifeste par des absences, des palpitations, des migraines, des troubles du sommeil, des tensions au dos, des bouffées de chaleur, des nausées, une fatigue chronique, etc. il perd de l'intérêt, de l'enthousiasme et devient maussade, agressif, cynique et plonge dans l'humour noir. Il a envie de pleurer (mais ne s'en donne pas le droit, car « un homme (un vrai) ne pleure pas ». Il n'a plus le goût de parler aux autres, il s'ennuie, fait le strict nécessaire et devient hypersensible ». « **OLIGNY, M, 1991** ».

*2. La dépersonnalisation est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçant dans un service de réanimation :*

Le constat fait au sujet de la dépersonnalisation, rend compte de l'influence de ce facteur sur l'apparition de l'épuisement professionnel.

En effet, 90,91% des infirmiers réanimateurs (9 hommes et une femme) ont une DP élevé et 9,09% des infirmiers réanimateurs (une femme) a une DP bas.

Selon l'explication de **MAURANGES A** : « l'infirmier devient froid, cynique, et opère une réification de la personne. Le soigné n'est plus désigné que comme un numéro de lit ou une pathologie ( le cancéreux...) Notons que c'est un état évolutif : l'infirmier est devenu comme cela, il ne l'était pas au départ.

Cet axe a la particularité d'impliquer profondément la relation d'aide dans le syndrome. « **MAURANGES A, 2002** ».

*3. L'absence d'accomplissement personnel est un facteur du syndrome de l'épuisement professionnel chez les infirmiers exerçant dans un service de réanimation :*

Le constat fait au sujet de l'absence d'accomplissement personnel, rend compte de l'influence de ce facteur sur l'apparition de l'épuisement professionnel.

En effet, 63,64% des infirmiers réanimateurs (6 hommes et une femme) ont une AP élevé et 36,36% des infirmiers réanimateurs (3 hommes) a une AP modéré, et (une femme) a une AP bas.

Selon l'explication de **MAURANGES A** : « suite logique des deux premiers, il est douloureux à vivre pour l'infirmier. Un sentiment d'échec, de frustration, de culpabilité s'installe.

Les conséquences sont graves : absentéisme ou présentéisme inefficace, désinvestissement, erreurs professionnelles... ». « **MAURANGES A, 2002** ».

Autre explication de **FRANCESCHI CHAIX C** : « absentéisme/présentéisme, attitude cynique, conduites à risque, anorexie/boulimie ... ». « **FRANCESCHI CHAIX C, 1993** ».

En fin, notre hypothèse principale « *les infirmiers exerçants dans un service de réanimation souffrent de burn out* » est une réalité chez les infirmiers réanimateurs à l'EPH d'el-khroub (CONSTANTINE), il touche  $\frac{10}{11}$  infirmiers, donc le pourcentage total est **90,91%**.

Compte tenu de la complexité étiologique du syndrome de l'épuisement professionnel, et bien que notre étude s'appuie sur la souffrance des infirmiers au travail, d'autres critères s'imposent, ce qu'elle nous amène à formuler des réserves quant à son aspect transversal qu'elle ne nous permette pas de porter un jugement sur le burn out en tant que processus temporel, d'autre part les valeurs culturelles attribuées au travail diffèrent d'une société à une autre à savoir la valeur du travail, l'esprit concurrentiel, la réussite professionnelle,...etc. Bien que l'épuisement professionnel soit multifactoriel, les variables socio-démographiques ou celles des spécificités des établissements ou des services ne suffisent pas à elles seules à expliquer l'apparition de ce syndrome, d'autres facteurs entrent en ligne de mire comme les conditions de travail, le soutien social, ainsi que les aspects internes de la personnalité.

En fin, on donne une synthèse de notre étude en décelant l'ambiguïté de nos difficultés de la recherche

La saturation des données Il s'agit d'une impression de répétition. Lorsqu'un ou deux entretiens n'apportent aucune notion, ou idée nouvelle, on peut dire que le point de saturation des données est atteint et on peut être certain que des entretiens supplémentaires n'apporteront pas de nouvelles données.

« **ALLIN-PFISTER, A-C., 2005** ».

Le seuil de saturation des données pour notre deux variables de recherche sont atteints. Nous nous permet de l'affirmer car, tout d'abord, on a obtenu des répétitions dans les réponses et on n'apprenais plus rien de nouveau susceptible de modifier l'interprétation des données.

Cependant, si notre objectifs de recherche avaient été plus pointilleux en s'orientant, par exemple, vers la signification de chaque motivation des infirmiers, le seuil de saturation n'aurait pas été atteint. on n'a pas voulu à diriger dans cette direction car notre travail aurait touché au domaine de la psychologie et non à celui des soins infirmiers.

En lien direct avec notre groupe de recherche, les données recueillies sont donc représentatives du service. Certains éléments susceptibles d'influencer nos résultats sont toutefois à mettre en évidence et vous sont présentés dans le prochain point.

Validité interne il s'agit de la présentation de l'interprétation aux informateurs (les personnes interrogées ou observées) et de la vérification de son adéquation, comment les personnes réagissent-elles à cette interprétation ? « **ALLIN-PFISTER, A-C., 2005** ».

En effet, l'analyse qualitative laisse à de nombreuses reprises place à l'interprétation du chercheur. Par exemple, durant la phase exploratoire ou encore au moment du déroulement des entretiens et, surtout, lors de l'analyse, le

chercheur peut être mené, indépendamment de sa volonté, à interpréter certaines données.

Tout au long de la réalisation de ce travail, on a veillé à obtenir une meilleure compréhension possible de la situation afin d'être la plus représentative de la réalité du terrain.

Cependant, une incompréhension, un mot mal utilisé et une phrase mal tournée laissent rapidement place à l'irréalité.

Pour ce qui est de notre grille de l'entretien écrites, elle était neutre et ne suggérait aucune réponse. Par contre, en faisant les entretiens oraux et en analysant les résultats, on a pu mettre en évidence quatre biais :

1. Dans notre questions orales, on a involontairement suggéré des directions de réponse.
2. L'heure choisie pour les entretiens (dès le huit heure le matin ou dix-huit heures le soir) impliquait automatiquement une fatigue du participant qui a certainement influencé ses réponses : la pénibilité de la profession a pu être accentuée.
3. notre attentes involontaires d'obtenir des résultats précis ont influencé notre manière de questionner aux entretiens oraux et mon interprétation ;
4. Les données recueillies n'ayant pas été soumises aux participants ont pu être mal comprises.

Validité externe il s'agit de la confrontation de votre interprétation, non pas avec celle des informateurs comme dans la validation interne, mais avec un spécialiste du domaine étudié. « **ALLIN-PFISTER, A-C., 2005** ».

Ce point traitera aussi de la généralisation de la recherche. Peut-on la transférer dans un autre contexte ?

La confrontation s'est faite avec des professeurs.

Ceux-ci nous ont donné leur avis, nous ont conseillée et, même, orientée sur de nouvelles pistes afin de réajuster notre analyse. On n'a pas la prétention

d'affirmer que les résultats obtenus dans cette recherche sont généralisables. Toutefois, nous pensons qu'ils peuvent l'être partiellement :

Les sources de stress présentes dans le service de réanimation peuvent exister dans d'autres services de soins. Par exemple, la charge de travail augmente dans tous les milieux.

on n'a pas fait de recherche sur le sujet mais il suffit d'écouter les plaintes du personnel infirmier pour le savoir.

Les situations complexes sont également présentes dans tous les milieux de soins et stressent les infirmiers.

Quant aux techniques de gestion du stress, elles peuvent, selon moi, être utilisées dans d'autres services de soins car elles ne sont pas exceptionnelles.

Nous allons même jusqu'à dire que toute personne pourrait mobiliser les techniques décrites dans ce travail.

En l'état actuel de notre recherche, il est difficile pour nous de savoir si notre résultat concernant la motivation des infirmiers sont transférables ou non dans d'autres milieux de réanimation.

La complétude il s'agit de l'idée que les données recueillies apportent une vision complète du phénomène étudié, il s'agit de la conviction de n'avoir pas laissé de côté un point de vue, un axe important. « **ALLIN-PFISTER, A-C., 2005** ».

A présent, nous pensons avoir une vision globale sur mon sujet de recherche On n'ai pas de regrets en lien avec des oublis, des mises à l'écart d'éléments importants ou encore des pistes non explorées. Toutefois, après réflexion, c'est vrai qu'il aurait été intéressant de se pencher de manière plus détaillée sur les risques de démotivation des infirmiers. Alors, nous aurons pu mettre en lien, de manière plus précise, les sources de motivation et les sources de démotivation.

Pour réaliser ce travail dans les délais demandés, on a dû fixer des limites de recherche et, donc, on n'a pas pu traiter toutes les idées qu'elle nous sont venues

à l'esprit. on laisse la place à de futurs étudiants qui pourront peut-être traiter d'autres idées en lien avec mes réflexions.

La triangulation il s'agit de la confrontation de plusieurs sources d'informations par rapport au phénomène étudié. « **ALLIN-PFISTER, A-C., 2005** ».

Dans une démarche itérative, les différentes phases se confrontent automatiquement à des sources diverses, le critère de triangulation est ainsi assuré.

Les cadres de référence qui découlent de notre problématique sont tout d'abord explicités dans le chapitre des cadres de référence puis repris dans l'analyse. nous pensons que « les boucles » qui ont été ouvertes au début de la recherche comme, par exemple, la problématique, les objectifs et les hypothèses de recherche et les thèmes y découlant ont été traitées et « fermées » durant la recherche.

Diverses sources sont à l'origine des résultats obtenus.

Il y a la recherche d'informations dans les livres, dans les articles et sur Internet, la recherche sur le terrain auprès de la responsable du service de réanimation et la recherche auprès des onze participants.

Toutes les informations reçues n'ont pas été placées par hasard dans ce travail.

C'est après réflexion et argumentation que chaque élément vous est présenté.

De plus, chacun s'articule et l'un ne va pas sans l'autre : sans les techniques de gestion du stress, le risque de faire un burn out augmente, de même sans les motivations.

on terminera ce point en disant qu' on est arrivé au seuil de saturation parce que notre sujet est ciblé.

Les résultats obtenus sont fiables mais chaque lecteur doit être attentif au fait que des biais peuvent exister dans la recherche.

Les résultats doivent donc être pondérés.

Quant à la généralisation de cette recherche, il faut rester prudent. Arrivée au terme de cette recherche,

Tous les éléments présents dans cette recherche ont été traités avec rigueur et sérieux.

# CONCLUSION

Conclusion :

Nous avons réalisé cette étude dans le but de savoir si les infirmiers réanimateurs de l'EPH d'el-khroub de constantine sont concernés par le burn out, puisque aucune étude n'a encore été faite à ce sujet.

Nous avons également essayé de trouver des facteurs qui lui sont associés.

En identifiant ces facteurs nous espérons pouvoir proposer des solutions préventives.

Notre étude a montré que le burn out est une réalité au EPH d'el-khroub de constantine.

Les facteurs le favorisant sont l'augmentation de la charge de travail, la sensation de non repos après les vacances, le temps insuffisant consacré aux proches, le temps insuffisant consacré à des loisirs et le désir de reconversion professionnelle.

Les facteurs protecteurs sont le sexe (être une femme), avoir des enfants à charge, estimer avoir le contrôle sur le travail, consulter un confrère en cas de maladie, consacrer suffisamment de temps aux proches, assurer sa formation médicale continue, ainsi que l'accoutumance de consommation de psychotropes, l'absence de plaintes somatiques et le désir de reconversion professionnelle.

Mais il faut rester prudent dans l'interprétation des résultats puisqu'une étude transversale ne permet pas d'affirmer un lien de cause à effet entre ces facteurs et le burn out.

Il serait ainsi intéressant, lors d'une prochaine étude, de faire une étude longitudinale pour pouvoir suivre l'évolution de ce syndrome au cours du temps.

Quels conseils pouvons-nous donner aux infirmières au vu des résultats de cette étude ?

Il est important que l'infirmier ne néglige pas ses propres besoins face aux problèmes de ses patients.

L'infirmier doit donc consacrer du temps à ses proches et à ses loisirs.

De même en cas de maladie il est souhaitable qu'il consulte un confrère puisque les infirmiers qui se soignent eux-mêmes ont tendance à se négliger.

Il est également conseillé aux médecins de participer à une formation médicale continue.

Mettre à jour ses connaissances et rompre l'isolement semble être un moyen efficace pour lutter contre le burn out.

Retenons que le burn out est un processus dynamique susceptible d'aggravation mais aussi d'évolution positive pour la personne. Il peut ainsi devenir une expérience individuelle structurante qui consiste à faire réfléchir l'infirmier sur sa propre activité professionnelle et d'envisager un réaménagement entre vie professionnelle et vie personnelle.

# REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

# Références Bibliographiques

## 1. Les ouvrages :

1. ALLIN-PFISTER, A-C., Formation à la recherche, une approche globale. Ed : Lamarre, Paris, 2005.
2. AMIEC, ensemble d'infirmières et infirmiers, Dictionnaire des soins infirmiers, Lyon : 1995.
3. André; D, Kérouac ; A, Beaudet, E, Université de Montréal Faculté des sciences infirmières L'épuisement professionnel du personnel infirmier un bilan des connaissances , 2 édition, Le 31 mars 1992.
4. ANESM – Recommandations de bonnes pratiques professionnelles Saint-Denis, 2008.
5. Bedard, D. et Duquette, A. cite par Canoui, Mauranges in le burn out a l'hopital, masson, 1998.
6. BELLANGER, S, LANGLOIS, C, LOUGEZ, S, La négociation dans le cadre du projet de soin – Institut de Formation Public Varois - Hyères, 2011.
7. BIOY, A, BOURGEOIS, F, NEGRE, I, Communication soignant-soigné, Repères et pratiques, Edition Bréal, 2003.
8. Boissières, F. Les soignants face au stress. France : Éditions Lamarre 2003.
9. CANOUI, P., MAURANGES A., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses. 2ème éd. Paris : Masson, 2001.
10. CHAZARIN C. L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ?, Recherche en Soins Infirmiers, 1991.
11. COLLECTIF – Virginia, H, La pensée infirmière, édition Maloine , Paris, 1996.

12. COLLECTIF – Virginia, H, Distance professionnelle et qualité du soin, édition Lamarre, 2009.
13. COLLECTIF – Virginia, H, Dictionnaire infirmier de psychiatrie, édition Masson, Paris, 2005.
14. COLLIERE, M-F., Virginia, H, La nature des soins infirmiers. Ed : Inter Editions, Paris 1994.
15. DELBROUCK M, Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, Bruxelles, de Boeck, 2003.
16. DELBROUCK M. Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute, Bruxelles, De Boeck, 2007.
17. E.FELDMAN. le burnout des soignants, 2 édition, 2013.
18. Ferrand E, Benhamou-Jantelet G. Ethique et réanimation, limitation et arrêt des thérapeutiques. Soins, 2007.
19. FOURRIER. F. Mieux vivre la Réanimation , masson, 2009.
20. FORMARIER, M. ; JOVIC, L. Les concepts en sciences infirmières. France : Mallet Conseil. 2009.
21. FREUDENBERGER, H, J. L'épuisement professionnel : la brûlure interne. Edition Gaëtan MORIN, 1987.
22. GAUTIER I. Burn out des medecins, Bulletin du conseil, Départemental de l'ordre des medecins de la ville de Paris, 2003 Mars.
23. Géraldine, L : De l'émotion dans le soin. L'infirmière magazine. N° 262 juillet août 2010
24. Grosclaude M. Réanimation et coma. Soin psychique et vécu du patient. Paris: Masson; 2007.
25. Guide to required skills for the intensive care nurse : © SRLF et Springer-Verlag Référentiel de compétences de l'infirmière de réanimation, France 2011.
26. HALL, E, T , Notion de proximité R.E.S.P.E.L, Année 2004

27. Janice. M. Morse, notion de concept, recherche en soins infirmiers, N°58. Septembre 1999.
28. LE BOTERF, G., Développer la compétence professionnelle, éditions d'organisation, Paris, 1998.
29. LE GALL, J.R. et al. Utilisation d'un indice de gravité dans huit services de réanimation multidisciplinaire. La Presse Médicale. 1983.
30. LE GALL, J.R. Mesurer la charge en soins. Réanimation, Soins Intensifs, Médecine d'Urgences. 1985.
31. LORIOL, M. Le temps de la fatigue. Paris. Anthropos. 2000.
32. LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. Revue Soins infirmiers, 2007.
33. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual, Third Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc, 1996.
34. Maïa, P, Thomas, G, Le stress de l'anesthésiste-réanimateur, 1 édition, 2011.
35. MANOUKIAN, A. ; MASSEBOEUF, A. La relation soignant soigné, 3ème édition. France : Lamarre.2008.
36. MAURANGES A. Stress et syndrome d'épuisement professionnel Soins, 2002.
37. Max, P, psychothérapeute et chercheur en sciences humaines. Viviane Dubos, Les Emotions, comment s'en faire des alliées avec les outils de la PNL. Collection formation permanente en sciences humaines ; édition ESF, 1995.
38. MONTET-AUBREE, C, La relation soignant-soigné, Paris, 1998.
39. OLIGNY, M., Stress et burnout en milieu policier, Presse de l'Université du Québec, 1991.
40. OULD-KADA, M, Recueil de Textes Réglementaires relatifs à la Gestion des Etablissements de Santé, 1<sup>er</sup>édition, Décembre 2010.

41. PELISSIER, D, UE 4.2 S5, Distance professionnelle et qualité des soins, IFSI Bellevue, Saint-tienne, 2013.
42. PRAYEZ, P. Distance professionnelle et qualité du soin. 2ème édition. Pays-Bas : Lamarre. 2009.
43. Rogers, C, Développement de la personne, édition Inter édition, 2005.
44. Rogers, C, a way of being, Boston, Houghton Mifflin company, 1980.
45. SAULNIER, F. et al. Classification et description des indicateurs de charge en soins. [auteur du livre] SAULNIER & BION. Management en réanimation : Evaluation, organisation et éthique. Paris : Editions scientifiques et médicale Elsevier, 2000.
46. Truchot, D. Épuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions. Paris : Dunod, 2004.
47. WATSON, J, Le caring, édition Seli Arslam, Paris, 1998.

2. Les articles et les revues :

1. BELLON, R, Le jour où je me suis réveillée en réanimation, La revue de L'infirmière, n°142, Juillet-Août 2008,
2. Boles Professeur Jean-M et Jousset, D, Parcours de la vulnérabilité en réanimation adulte, Dimensions cliniques et enjeux philosophiques, Laennec, 2011/2 Tome 59, p. 42-54. DOI : 10.3917/lae.112.0042.
3. Cherkaoui, W et al. Stress et épuisement professionnel dans un contexte de changement organisationnel : le cas de l'hôpital DS au Maroc, Humanisme et Entreprise, 2012/5 n° 310, p. 21-40.
4. COLLECTIF – Virginia, H, Biographie et analyse de son oeuvre – Recherche en soins infirmiers N°68 – 2002.
5. CUDRE D., Quand les infirmières racontent des émotions... Au cœur d'une posture professionnelle authentique. Haute école de la santé La source, Lausanne, 2008.
6. FORMARIER, M, La relation de soins, concepts et finalités, Recherche en soins infirmiers N°89, 2007.

7. FRANCESCHI-CHAIX, C. Le syndrome de burn out : Etude clinique et implications en psychologie du travail. *Recherche en soins infirmier* numéro 32, mars 1993.
8. FREUDENBERGER, H. J. cité par R. GUEIBE – Le burn-out, une maladie de l'âme en deuil de son idéal ? ou : Le questionnement de nos idéaux , *Perspective soignante* N°16, 2003.
9. Fuhrer , C et al., Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burnout , *Management & Avenir*, 2011/1 n° 41, p. 194-215. DOI : 10.3917/mav.041.0194.
10. HUYS, H, Les spécificités de la prise en charge relationnelle en réanimation , *La revue de l'infirmière*, n°142, Juillet-Août 2008.
11. Moisson, V, Le stress : entre surcoût financier et détresse humaine, *Humanisme et Entreprise*, 2009/1 n° 291, p. 49-62.
12. Oligny, M, Le burnout ou l'effet d'usure imputable à la régulation permanente d'incidents critiques, *L'exemple du milieu policier*, *Revue internationale de psychosociologie*, 2009/36 Vol. XV, p. 207-228. DOI : 10.3917/rips.036.0207.
13. PANNETIER C, Institut Gineste-Marescotti (IGM) – Documentation stagiaire , N° 92, 2009.
14. Truc, H *et al.*, Le travail émotionnel qui sous-tend les soins infirmiers: une analyse évolutionnaire de concept , *Recherche en soins infirmiers*, 2009/2 N° 97, p. 34-49. DOI : 10.3917/rsi.097.0034. opt p. 36.

### 3. Les dictionnaires :

1. Grand Larousse universel, édition 1995
2. Dictionnaire Le Petit Larousse Grand Format. Belgique : Larousse. 1994.
3. Dictionnaire Larousse Médical 1995.

4. Les thèses:

1. Benatia, Y. (2008). L'épuisement professionnel chez les infirmiers urgentistes, mémoire de magister publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine.
2. Ouchen, M. (2005). Contribution à l'étude de l'épuisement professionnel chez les sapeurs pompiers, mémoire de magister non publié en psychologie clinique. Université Mentouri de Constantine.

5. Les journaux officiels :

Le journal officiel de la republique algerienne n° 17, conventions et accords internationaux - lois et decrets arretes, decisions, avis, communications et annonces, *Décret exécutif n° 11-121 du 15 SRabie Ethani 1432 correspondant au 20 mars 2011 portant statut particulier des fonctionnaires appartenant aux corps des paramédicaux de santé publique.*

6. Les sites internet :

1. [www.infirmier.com/08-02-2015](http://www.infirmier.com/08-02-2015) à 13 : 23.
2. [www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin-infirmier/](http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/soin-infirmier/) 10-02-2015 à 16 : 02.
3. [www.soins-infirmiers.com/soin\\_infirmier/10-02-2015](http://www.soins-infirmiers.com/soin_infirmier/10-02-2015) à 16 : 02.
4. [www.soins-infirmiers.com/relation\\_aide.php](http://www.soins-infirmiers.com/relation_aide.php) / 13-02-2015 à 7 : 03.
5. <http://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-empathie.htm>/13-02-2015 à 7 : 03.
6. [www.infirmiers.com](http://www.infirmiers.com) \*\* OMS prevention santé à 12:21/ 7/02/2015.
7. <http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/Définition-OMS/> 02-02-2015/ 10 : 12.

# ANNEXES

**ANNEXE 01**  
**Maslach Burnout Inventory's test**

Annexe 01 : Maslach Burnout Inventory's test

**Le MBI :** C'est une échelle de fréquence composée de **22 items** qui explorent les 3 dimensions qui définissent le burn out :

- **L'Épuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) ou déshumanisation**
- **La perte de l'Accomplissement Personnel (AP)**

Chaque dimension est explorée par un certain nombre d'items, dans le désordre :

<i>Dimension du MBI</i>	<i>Nombre d'Items</i>	<i>Questions</i>
<i>EE</i>	<i>9 items</i>	<i>1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 18</i>
<i>DP</i>	<i>5 items</i>	<i>5, 10, 11, 15, 22</i>
<i>AP</i>	<i>8 items</i>	<i>4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21</i>

La cotation de chaque item se fait en termes de fréquence de 0 à 6 :

<i>Cotation</i>	<i>Fréquence correspondante</i>
<i>0</i>	<i>Jamais</i>
<i>1</i>	<i>Quelques fois par an</i>
<i>2</i>	<i>Une fois par mois</i>
<i>3</i>	<i>Quelques fois par mois</i>
<i>4</i>	<i>Une fois par semaine</i>
<i>5</i>	<i>Quelques fois par semaine</i>
<i>6</i>	<i>Tous les jours</i>

**L'Interprétation des Résultats du MBI :**

- Il ne s'exprime **PAS** sous forme d'un score global mais sous forme d'un score dans chacune des 3 dimensions (EE, DP, AP).

- Chaque score est exprimé en « bas/modéré/élevé » selon la Version Originale du MBI (Manual de MASLACH et JACKSON).

- Un score **ELEVE** d'Epuisement Emotionnel (EE) **OU** de Dépersonnalisation (DP) **OU** un score **BAS** d'Accomplissement Personnel (AP) suffisent à définir le burn out.

- Et en cas de burnout, le degré de gravité peut être déterminé. Le burnout est dit Faible, Moyen ou Sévère en fonction du nombre de dimensions atteintes :

**1. Burn out Faible : si atteinte de l'une des 3 dimensions.**

**2. Burn out Moyen : atteinte de 2 des 3 dimensions**

**3. Burn out Sévère : atteinte des 3 dimensions**

Une dimension atteinte = score EE OU DP élevé OU score AP bas.

A noter qu'il existe **une version française** pour l'interprétation des résultats de l'échelle MBI qui diffère de la version originale validée et utilisée dans la littérature scientifique internationale.

Nous avons demandé aux biostatisticiens de faire une simulation en utilisant les valeurs retenues dans les études françaises pour permettre la comparaison de nos résultats aux Etudes en France. Et par ailleurs pour discuter de l'importance des différences entre ces 2 versions.

<i>MBI Version Française</i>			
<i>Score</i>	<i>Dimensions du MBI</i>		
	<i>EE</i>	<i>DP</i>	<i>AP</i>
<i>Élevé</i>	≥ 30	≥ 12	0 - 33
<i>Modéré</i>	18 - 29	6 - 11	34 - 39
<i>Bas</i>	0 - 17	0 - 5	≥ 40

Traduction Fontaine du MBI (CANOUI P., MAURANGES A., 2008)

**ECHELLE DE MASLACH**

*Evaluer votre niveau d'épuisement professionnel*

<p><b>Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.</b></p> <p><b>Entourer le chiffre correspondant à votre réponse</b></p>	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail							
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail							
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail							
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent							
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets							
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort							
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades							
8. Je sens que je craque à cause de mon travail							
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens							
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail							
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement							
12. Je me sens plein(e) d'énergie							
13. Je me sens frustré(e) par mon travail							
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail							
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades							
16. Travailler au contact direct avec les gens me stresse trop							
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades							
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades							
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail							
20. Je me sens au bout du rouleau							
21. Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement							
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes							

**ANNEXE 02**  
**La grille de l'entretien**

**Annexe 02 : la grille de l'entretien**

*L'entretien est réparti en trois axes bien déterminé sont :*

1. Axe Les informations sur les infirmiers réanimateurs : Questions : 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17, 18, 19.
2. Axe Le niveau communicationnel chez les infirmiers réanimateurs : Questions : 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15.
3. Axe La personnalité chez les infirmiers réanimateurs et leurs stabilités : Questions : 21, 22, 23, 24, 25.

- 
1. M<sup>r</sup>, M<sup>em</sup>, M<sup>elle</sup> :
  2. Statut marital : marié (e), célibataire (e), veuf (ve)
  3. Nombre d'enfants :
  4. Depuis quand vous êtes diplômé(e) ?
  5. Combien de temps exercez-vous votre fonction dans ce service ?
  6. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ? (20-30 ans ; 31 à 40 ans ; 41 à 50 ans ; plus de 50 ans)
  7. Quel a été votre parcours professionnel depuis l'obtention de votre diplôme d'état ?
  8. Pendant votre formation initiale, avez-vous reçu une formation sur la mort ou le deuil ?, Si oui, quel en a été le contenu ?  
Oui  Non
  9. Votre formation vous a-t-elle aidé à mieux supporter le décès de vos patients?  
Oui  Non
  10. Ressentez-vous une difficulté à la gestion de décès répétés de vos patients ?  
Oui  Non
  11. Vous lorsque prenez en charge un patient intubé-ventilé et sédaté, comment communiquez-vous avec lui ?

**12.** Avez-vous rencontré des difficultés pour communiquer avec un patient intubé-ventilé et sédaté ?, Si oui, pourquoi, dans quelles circonstances et comment se sont-elles exprimées? Si non, pourquoi ?

Oui  Non

**13.** est ce que le comportement de patient épuise ? Si oui quelle est votre réaction ?

Oui  Non

**14.** Avez-vous rencontré des difficultés pour communiquer avec votre collègues de travail ?, Si oui, pourquoi, dans quelles circonstances ? Si non, pourquoi ?

Oui  Non

**15.** Avez-vous été surpris(e) par une tentative de communication d'un patient ? Si oui laquelle était-ce ?

Oui  Non

**16.** Pensez-vous que ces patients entendent et retiennent réellement ce qui se passe et ce qui est dit dans la pièce ?

**17.** Avez-vous déjà pris en charge un patient qui se souvenait de la période au cours de laquelle il était intubé-ventilé et sédaté ? Si oui, quels ont été ses souvenirs et votre réaction ?

Oui  Non

**18.** Quelles compétences professionnelles infirmières est-elle nécessaire de développer pour prendre en charge un patient intubé-ventilé et sédaté selon vous?

**19.** Avez-vous bénéficié de formation(s) pour la prise en charge d'un patient intubé-ventilé et sédaté lors de votre formation initiale, puis plus tard lors de votre formation continue ?

Oui  Non

**20.** Quels outils ont été mis en place dans le service pour vous aider dans l'approche de la communication avec un patient intubé-ventilé et sédaté ?

**21.**Dans quel mode de travail ressentez vous bien « jour ou nuit » ? si dans le jour pourquoi ou si dans la nuit pourquoi ?

Jour  Nuit

**22.**Vous arrive-t-il de douter de vos capacités des lors que vous avez affaire a une situation de fin de vie particulièrement pénible ? Si oui, comment gérez-vous cette situation ?

Oui  Non

**23.**Seriez-vous capable d'en reconnaître sur vous les manifestations de B.O.S ?

Oui  Non

**24.** Pensez-vous être susceptible d'en être la victime ? ,Si oui Pourquoi?

Oui  Non

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

# RESUME DU MEMOIRE

*Résumé du Mémoire :*

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer la prévalence du burn out chez les infirmiers réanimateurs de l'EPH d'el-khroub (W) de constantine.

Nous voulions également identifier les facteurs associés au burn out pour éventuellement pouvoir proposer des solutions préventives.

Nous avons envoyé un questionnaire anonyme incluant le Maslach Burnout Inventory aux 11 infirmiers réanimateurs exerçant au EPH.

Le nombre des infirmiers réanimateurs atteignent le burn out sont  $\frac{10}{11}$  infirmiers, 63,64% des infirmiers ont l'épuisement émotionnel élevé, 90,91% ont la dépersonnalisation élevée et 9,09% a d'accomplissement personnel élevé, La moitié des infirmiers sont atteint pour les trois dimensions.

Les facteurs favorisant le burn out sont l'augmentation de la charge de travail, la sensation de non repos après les vacances, le temps insuffisant consacré aux proches et aux loisirs, ainsi que le désir de reconversion professionnelle.

Le contrôle sur le travail, consulter un confrère en cas de maladie, consacrer suffisamment de temps aux proches, assurer sa formation médicale continue, ainsi que l'absence de consommation de psychotropes, l'absence de plaintes somatiques et l'absence de désir de reconversion professionnelle.

Cette étude nous montre donc que le burn out est une réalité au EPH d'el-khroub.

Pour le prévenir, il semble important que le médecin prenne soin de soi et réfléchisse sur ses attentes professionnelles et personnelles.

Il peut ainsi retrouver l'équilibre nécessaire entre vie professionnelle et vie privée.