

HES–SO // Valais    Domaine de la santé    Filière Soins infirmiers  
Centre de Sion

Mémoire de fin d'études

**Épuisement professionnel des soignants  
exerçant leur profession dans un service  
d'oncologie valaisan : état des lieux et  
prévention**

Réalisé par : **Jacinthe Perruchoud**

Sous la direction de : **Christine Seppey**

Déposé à Sion, le 7 juillet 2008

## Résumé

**Mots-clés** : prévention, burn out, gestion du stress, motivations, sens des actions, qualité des soins, relation d'aide.

Le burn out est un syndrome qui prend toute son importance dans le monde des soignants. Cette profession faisant partie des professions à relation d'aide est particulièrement touchée par le burn out. Comment voulez-vous que les soignants apportent à leurs patients des soins de qualité quand eux-mêmes sont éreintés ? Je me suis intéressée de très près à ce phénomène en me dirigeant vers un service d'oncologie.

Durant une grande partie de la phase exploratoire, je m'apprêtais à rencontrer des soignants en situation de burn out. Cependant, durant un entretien avec l'infirmière responsable du service d'oncologie où s'est effectuée ma recherche, j'ai appris, au contraire, qu'une grande majorité des soignants ne fait pas de burn out. Pourquoi une grande majorité des soignants exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ? Afin de répondre à cette question, je me suis tout d'abord intéressée à l'organisation générale du service, puis je me suis dirigée, à travers deux objectifs et deux hypothèses de recherche, vers les techniques de gestion du stress et les motivations des soignants, celles-ci étant deux outils de prévention de l'épuisement professionnel.

Il s'agit d'une recherche qualitative et hypothético-déductive. A l'aide de mon outil de travail, l'entretien semi-dirigé, j'ai pu obtenir maintes réponses auprès de sept soignants travaillant dans ce même service d'oncologie.

Dans ce mémoire, j'ai pu mettre en évidence les techniques utilisées par les soignants pour gérer leur stress professionnel sur le lieu de travail et après le travail. Mais cela est-il suffisant pour prévenir le burn out ? Etre porteur de motivation pour pouvoir travailler est tout autant important. Les soignants interrogés sont portés par des sources de motivation et ils mettent un sens à leur travail.

**Mots-clés** : prévention, burn out, gestion du stress, motivations, sens des actions, qualité des soins, relation d'aide.

## Préface

Ce travail n'aurait pas pu être ce qu'il est sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes que je tiens à citer ici :

Un **grand Merci** à Madame Christine Seppey qui m'a transmis son savoir, qui m'a soutenue, qui, tout au long de cette aventure, a guidé mes pas et a été une merveilleuse « copilote ».

Un **grand Merci** à Madame Chris Schoepf pour m'avoir apporté les connaissances méthodologiques nécessaires au bon déroulement de ma recherche.

Un **grand Merci** à la responsable du service d'oncologie qui m'a ouvert les voies de son service, qui a généreusement répondu à mes questions et qui a planifié tous les rendez-vous avec les participants.

Une **grand Merci** aux soignants interrogés qui m'ont accordé leur confiance et m'ont consacré une partie de leur temps.

Un **grand Merci** à ma tante, Christine Perruchoud, ainsi qu'à mon ami, Samuel Délèze, pour les nombreuses heures passées à relire chaque paragraphe de ce travail afin d'apporter de précieux réajustements.

Un **grand Merci** à ma mère et à son ami, à mes deux sœurs, à mes grands-parents maternels ainsi qu'à mes amis(es) pour m'avoir encouragée, accompagnée et motivée durant la réalisation de ce travail.

Un **grand Merci** finalement à toutes les personnes rencontrées le long de mon parcours pour m'avoir initiée aux plaisirs des soins et à l'Amour de son prochain, ce qui m'a guidée dans le choix de cette profession et qui a confirmé ma passion pour celle-ci.

## Sommaire principal

|          |  |           |
|----------|--|-----------|
| <b>1</b> | <b>Introduction : le contexte</b>                                  | <b>1</b>  |
| 1.1      | Définitions du burn out  | 1         |
| 1.2      | Définition de l'oncologie  | 2         |
| 1.3      | Les statistiques   | 3         |
| 1.3.1    | <i>Au Maroc</i>  | 3         |
| 1.3.2    | <i>Au Liban-Nord</i>   | 4         |
| 1.3.3    | <i>Au Canada</i>   | 4         |
| 1.3.4    | <i>La Suisse et l'Europe</i>                                       | 5         |
| 1.3.5    | <i>La Suisse et ses diverses entreprises</i>                       | 5         |
| 1.3.6    | <i>L'hôpital cantonal de Lucerne et ses soignants</i>              | 6         |
| 1.3.7    | <i>Les coûts financiers suisses</i>                                | 6         |
| <b>2</b> | <b>Mes motivations</b>   | <b>7</b>  |
| 2.1      | Motivations personnelles   | 7         |
| 2.2      | Motivations professionnelles                                       | 9         |
| -        | Compétence 2   | 10        |
| -        | Compétence 3   | 10        |
| -        | Compétence 5   | 11        |
| -        | Compétence 6   | 12        |
| -        | Compétence 9   | 12        |
| 2.3      | Motivations politiques   | 12        |
| <b>3</b> | <b>La problématique</b>  | <b>14</b> |
| 3.1      | Définition générale  | 14        |
| 3.2      | L'importance du problème   | 15        |
| 3.3      | La question de recherche   | 16        |
| 3.4      | Les hypothèses et les objectifs de recherche                       | 17        |
| <b>4</b> | <b>Les cadres de référence</b>                                     | <b>18</b> |
| 4.1      | Le burn out ou « l'infarctus de l'âme »                            | 18        |
| 4.1.1    | <i>Les trois dimensions fondamentales du syndrome d'épuisement</i> | 18        |
| 4.1.2    | <i>Les facteurs de stress à l'hôpital</i>                          | 19        |
| 4.1.3    | <i>Mesures de prévention du burn out</i>                           | 23        |
| 4.2      | La gestion du stress   | 25        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| 4.2.1    | <i>Définition du stress</i> .....                             | 25        |
| 4.2.2    | <i>Surmonter le stress</i> .....                              | 26        |
| 4.3      | La motivation.....  | 28        |
| 4.3.1    | <i>Définition de la motivation</i> .....                      | 28        |
| 4.3.2    | <i>La théorie de J. Nuttin</i> .....                          | 29        |
| 4.3.3    | <i>Le sens donné aux actions</i> .....                        | 30        |
| 4.4      | Conclusion des cadres de référence.....                       | 31        |
| <b>5</b> | <b>La méthodologie</b> .....                                  | <b>31</b> |
| 5.1      | Introduction .....  | 31        |
| 5.2      | Choix des auteurs .....                                       | 31        |
| 5.3      | L'échantillon .....   | 32        |
| 5.4      | Les entretiens.....   | 34        |
| 5.5      | Protection des données et considérations éthiques .....       | 35        |
| 5.6      | L'analyse des données .....                                   | 36        |
| 5.6.1    | <i>La méthode de dépouillement</i> .....                      | 36        |
| 5.6.2    | <i>La méthode d'analyse des données</i> .....                 | 36        |
| 5.7      | Les limites du travail de recherche.....                      | 36        |
| 5.7.1    | <i>Le temps</i> .....   | 36        |
| 5.7.2    | <i>L'échantillon</i> .....                                    | 37        |
| 5.7.3    | <i>Le niveau de la recherche</i> .....                        | 37        |
| <b>6</b> | <b>L'analyse</b> .....  | <b>37</b> |
| 6.1      | Présentation des données.....                                 | 37        |
| 6.1.1    | <i>Les techniques de gestion du stress</i> .....              | 37        |
| 6.1.2    | <i>Mes découvertes en lien avec les motivations</i> .....     | 40        |
| 6.1.3    | <i>Synthèse générale</i> .....                                | 44        |
| 6.2      | L'analyse des données .....                                   | 46        |
| 6.2.1    | <i>Retour sur la problématique</i> .....                      | 46        |
| 6.2.2    | <i>Retour sur les cadres de référence</i> .....               | 48        |
| 6.2.3    | <i>Synthèse de l'analyse</i> .....                            | 57        |
| 6.3      | Retour sur les hypothèses et les objectifs de recherche ..... | 57        |

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>7</b> | <b>Retour critique .....</b>  | <b>58</b> |
| 7.1      | Discussion des résultats .....  | 58        |
| 7.1.1    | <i>La saturation des données</i> .....  | 58        |
| 7.1.2    | <i>Validité interne</i> .....   | 59        |
| 7.1.3    | <i>Validité externe</i> .....   | 59        |
| 7.1.4    | <i>La complétude</i> .....  | 60        |
| 7.1.5    | <i>La triangulation</i> .....   | 60        |
| 7.1.6    | <i>Synthèse de la discussion</i> .....  | 61        |
| 7.2      | Les objectifs d'apprentissage .....   | 61        |
| 7.3      | Auto-évaluation, points forts du travail et difficultés rencontrées.....                              | 62        |
| 7.3.1    | <i>Les cadres de référence</i> .....  | 62        |
| 7.3.2    | <i>L'échantillon</i> .....  | 62        |
| 7.3.3    | <i>Le recueil des données</i> .....   | 62        |
| 7.3.4    | <i>La motivation et l'implication personnelle</i> .....   | 62        |
| 7.3.5    | <i>Les apports formatifs</i> .....  | 63        |
| <b>8</b> | <b>Conclusion .....</b>   | <b>64</b> |
| 8.1      | Prolongements possibles .....   | 64        |
| 8.2      | Pour conclure .....   | 65        |
| 8.3      | Mot de la fin.....  | 65        |
| <b>9</b> | <b>Bibliographie .....</b>  | <b>66</b> |
|          | Les livres .....  | 66        |
|          | Les articles .....  | 66        |
|          | La vidéocassette .....  | 67        |
|          | Les sites Internet .....  | 67        |
|          | <b>Liste des annexes .....</b>  | <b>70</b> |
|          | Questionnaire pour la responsable d'un service d'oncologie du Valais .....                            | I         |
|          | Présentation du service.....  | II        |
|          | La qualité des soins .....  | III       |
|          | La prévention .....   | IV        |
|          | Information destinée aux personnes participant à l'étude .....  | V         |
|          | Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant<br>au mémoire de fin d'études ..... | VI        |
|          | Grille d'entretien .....  | VII       |
|          | La relation d'aide.....   | VIII      |

## 1 Introduction : le contexte

Ce travail est réalisé dans le cadre de mes études à la Haute Ecole Santé & Social, HES-SO Valais Wallis, filière infirmière. Cette recherche s'effectue sur une durée de moins de deux ans de ma formation soit du début de la troisième année (septembre 2006) à la fin de la quatrième année (juillet 2008), et est obligatoire afin d'obtenir le diplôme HES de la filière infirmière.

Mon sujet de mémoire concerne le burn out des soignants en oncologie et plus particulièrement sa prévention. Après deux entretiens téléphoniques avec des infirmières<sup>1</sup>, après un certains temps de réflexion et après plusieurs modifications concernant ma question de départ, je suis arrivée à la formulation suivante : « Comment le personnel soignant d'un service d'oncologie se préserve-t-il du burn out ? » Cette question de départ m'a permis d'entreprendre des recherches et d'effectuer les démarches pour la réalisation de ce travail.

Il s'agit d'une recherche qualitative qui s'oriente vers deux outils de prévention du burn out soit les techniques de gestion du stress et les motivations des soignants. Sept participants à l'étude ont été soumis, après leur consentement libre et éclairé, à mon outil de travail, soit à l'entretien semi-dirigé.

Je développerai dans cette recherche les motivations qui m'ont menée à choisir ce sujet, puis je suivrai la méthodologie étudiée dans l'ordre qui suit : la problématique, le développement des cadres de référence, la méthodologie, l'analyse, le retour critique et la conclusion. Mais, à présent, penchons-nous succinctement sur le burn out et l'oncologie ainsi que sur quelques statistiques.

### 1.1 Définitions du burn out

Selon Christina Maslach, chercheur en psychologie, le burn out est : « *un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus.* »<sup>2</sup>

Quant à eux, les Docteurs Bernard et Duquette décrivent le burn out de la manière suivante : « *l'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens.* »<sup>3</sup>

Finalement, la définition la plus précise est la suivante : « *le burn out est un état dysphorique et dysfonctionnel exclusivement causé par le travail chez un individu ne présentant aucune psychopathologie, qui a, pendant longtemps, fourni des*

---

<sup>1</sup> – Entretien téléphonique le 20 novembre 2006 avec une infirmière exerçant sa profession dans un service de médecine et qui a effectué un travail sur le burn out.  
– Entretien téléphonique le 15 décembre 2006 avec une infirmière en oncologie.

<sup>2</sup> BURGEL, P., HOFFMAN, A., CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjuguee* [En ligne] no 32 (avril 2005) p.33 Adresse URL : <http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCr32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

<sup>3</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses.* 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 16

*prestations adéquates dans le même travail et qui ne pourra plus atteindre le même niveau sans aide extérieure ou changement d'emploi »<sup>4</sup>*

Selon ce même article<sup>5</sup> de Burgel et Hoffman, les définitions du burn out ont évolué avec le temps. Pour le moment, il n'existe pas une définition universelle pour décrire ce concept, néanmoins toutes les définitions mettent en rapport l'épuisement professionnel au travail avec l'accumulation de stress au travail. La plupart d'entre elles affirment que l'épuisement professionnel comporte un épuisement physique et psychologique ainsi que des sentiments négatifs envers autrui et envers soi-même.

Regardons à présent les différentes professions principalement touchées par le burn out. Celles-ci sont les professions à relation d'aide. Les voici<sup>6</sup> :

- « *les soignants : médecins, et l'ensemble des professionnels dits paramédicaux : infirmiers, aides-soignants (...)* » ;
- « *les assistantes sociales et le personnel des services sociaux* » ;
- « *les éducateurs* » ;
- « *les enseignants* » ;
- « *les juges et le personnel pénitentiaire ainsi que le personnel de police et du maintien de l'ordre public* » ;
- « *mais aussi tous les auxiliaires de ces professions* ».

Dans ce travail, je vais m'intéresser uniquement à la situation des soignants et principalement à ceux travaillant dans un service d'oncologie.

## **1.2 Définition de l'oncologie**

L'oncologie est « *une branche de la médecine consacrée à l'étude et au traitement des maladies cancéreuses.* »<sup>7</sup> Avec mes mots, je dirais que le service d'oncologie permet d'apporter des soins aux patients<sup>8</sup> atteints de cancer. Je m'intéresse particulièrement au service d'oncologie car ma représentation du cancer est très sombre. Je pense donc que le personnel soignant travaillant dans ce service doit soit faire des burn out, soit avoir des ressources pour ne pas en faire.

Je pense qu'il est aussi important de préciser que les patients atteints de cancer peuvent être présents dans tous les services. En effet, un patient atteint de cancer peut être hospitalisé dans un service de chirurgie pour une fracture quelconque. De ce fait, j'ai eu l'occasion de m'occuper de patients atteints de cancer mais mon travail n'était pas d'apporter des soins curatifs ou palliatifs en lien direct avec le cancer tels

---

<sup>4</sup> BURGEL, P., HOFFMAN, A., CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjugée* [En ligne] no 32 (avril 2005) p.34. Adresse URL : <http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCr32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

<sup>5</sup> Ibid. p. 37-38

<sup>6</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses.* 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 32

<sup>7</sup> Futura-Sciences. Au cœur de la science. « Oncologie ». [En ligne]. Adresse URL : [http://www.futura-sciences.com/comprendre/g/definition-oncologie\\_2789.php](http://www.futura-sciences.com/comprendre/g/definition-oncologie_2789.php) (page consultée le 22 janvier 2007)

<sup>8</sup> Le terme « patient » sera utilisé tout au long de cette recherche car il est pour moi plus familier que le terme « client ».

que l'administration de médicaments anti-cancéreux (chimiothérapie), mais plutôt d'apporter des soins au niveau de la plaie opératoire.

Je réalise à présent que j'ai porté toute mon attention sur les soins des plaies post-opératoires car le cancer est une maladie qui me fait peur. De ce fait, je me suis fermée à la discussion avec le malade. Mon attitude n'était pas intentionnelle : c'était une façon de me protéger de la souffrance. Je pense que chaque infirmière est confrontée un jour ou l'autre à des situations qui la touchent particulièrement.

Je pense qu'il est important de préciser que, durant la prise en charge de mes patients, je tiens compte des quatre dimensions fondamentales de l'être humain soit des dimensions suivantes : biologique, psychologique, sociale et spirituelle. Oui, le cancer me fait peur et à travers ce travail de recherche je souhaite canaliser cette émotion.

Je tiens aussi à dire que le fait d'avoir ciblé mon sujet sur le service d'oncologie est une limite nécessaire. En effet, il m'est impossible d'interroger tous les soignants d'un hôpital car cela prendrait beaucoup trop de temps.

Maintenant que vous connaissez brièvement la définition du burn out et de l'oncologie, observons les statistiques.

### **1.3 Les statistiques**

Avant de découvrir les statistiques suisses, penchons nous sur plusieurs études réalisées dans divers pays.

#### **1.3.1 Au Maroc**

Une recherche réalisée par trois psychiatres marocains dans cinq services hospitaliers du Maroc (oncologie, hématologie, réanimation, brûlés, maladies infectieuses) a mis en évidence, auprès des soignants, les faits suivants : « 60 % des soignants obtiennent un score élevé pour l'épuisement émotionnel et pour la dépersonnalisation ; d'où un score également élevé de "détresse psychologique", si élevé que 59 % seraient classés comme "cas pathologiques", médecins et infirmières étant à égalité. »<sup>9</sup>

Les causes engendrant du stress seraient liées tout d'abord à « "la charge physique" citée par 63% des personnes ; puis le "type des maladies" (42%) (...) les facteurs "organisation" (40%), "ambiance dans le travail" (33%), et "manque d'appréciation par les supérieurs" (23%) donne à penser qu'on pourrait améliorer la situation ». <sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Sciences humaines « Burn out chez les soignants » *Sciences humaines*. [En ligne]. n° 115, (Avril 2001). Adresse URL : [http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les-soignants\\_fr\\_1256.html](http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les-soignants_fr_1256.html) (page consultée le 14 mai 2007). La date de réalisation de cette recherche n'est pas précisée, néanmoins c'est une recherche intéressante, c'est pourquoi je l'ai citée.

<sup>10</sup> Ibid.

### 1.3.2 Au Liban-Nord

L'enquête<sup>11</sup> s'est déroulée en 2003 dans treize hôpitaux du Liban-Nord et plus particulièrement dans les services de soins intensifs. L'échantillon compte 130 infirmières. Voici les résultats de l'enquête, que j'ai retranscrits sous forme de tableau :

| Degré  | « <i>Épuisement émotionnel</i> » <sup>12</sup> | « <i>déshumanisation</i> » | « <i>Accomplissement personnel</i> » |
|--------|--|----------------------------|--------------------------------------|
| élevé  | Presque la moitié                              | 21.5%                      | 30.8%                                |
| modéré | 41.5%  | 26.2%                      | 38.5%                                |
| bas    | 7.7 %  | 52.8%                      | 30.8%                                |

Nous pouvons observer ci-dessus que presque la moitié des infirmières ont un degré d'épuisement émotionnel élevé tandis que seulement 7,7% ont un degré d'épuisement émotionnel bas. Je trouve que la différence est impressionnante ! En ce qui concerne la déshumanisation, je peux dire que seulement la moitié des soignants s'investit dans la relation soignant-soigné. Ceci implique que l'autre moitié des soignants estime son investissement dans la relation soignant-soigné inexistant ou peu présent.

### 1.3.3 Au Canada

La première étude canadienne que j'ai explorée est l'étude de Bourbonnais et al. (2000). Elle met en évidence auprès de 2006 infirmières que « (...) *les diagnostics de santé mentale sont les plus nombreux (25%). Elle révèle que la densité d'incidence des absences pour diagnostics de santé mentale a quadruplé entre 1993 et 1999. Les résultats indiquent aussi que la durée moyenne d'absence pour diagnostics de santé mentale est passée de 51.6 jours entre 1993 et 1995 à 78.1 jours en 1998-1999* »<sup>13</sup>.

La seconde étude consultée est réalisée dans un CHSLD<sup>14</sup> de la région de Montréal en 2001. Trente-trois infirmières ont participé à l'étude. Les résultats qualitatifs mettent en évidence que la majorité des infirmières se plaignent du « *manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie* »<sup>15</sup> et des autres professionnels de la santé. Le manque « *de confiance, de solidarité et de cohésion, (...) le manque de considération en regard de leurs besoins, (...) une ambiguïté de rôles entre les*

<sup>11</sup> BAKKOUR, R. « L'influence des stratégies de coping sur l'épuisement professionnel des infirmières du Liban-Nord » *Faculté des Sciences Infirmières*. [En ligne] p.20. Adresse URL : <http://209.85.135.104/search?q=cache:TkxvDJDbE88J:www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004/nord.pdf+I%27influence+des+strat%C3%A9gies+d+coping&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch> (page consultée le 15 mai 2007)

<sup>12</sup> L'épuisement émotionnel, la déshumanisation et l'accomplissement personnel sont développés dans le chapitre 4, au point 4.1.1

<sup>13</sup> ALDERSON, M. Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p.77

<sup>14</sup> CHSLD: Centre d'hébergement et de soins de longue durée

<sup>15</sup> ALDERSON, M. Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p.81

*divers personnels soignants (...)*<sup>16</sup> sont mis en avant. Pour terminer, les infirmières ont aussi fait ressortir l'augmentation de la charge de travail ainsi que le manque d'espace de paroles.

Les solutions proposées par ces infirmières dans cette étude seraient « *la création d'espaces de parole, (...) de participation aux prises de décision (...) ainsi que la réorganisation de la modalité des soins (...) dans l'établissement* »<sup>17</sup>.

A présent, observons ce que nous disent les statistiques suisses. Sommes-nous moins fatigués au travail que dans les autres pays cités ci-dessus ?

### **1.3.4 La Suisse et l'Europe**

Selon une enquête, avec un taux de 33% « *la Suisse partage avec la Suède le 1<sup>er</sup> rang européen en matière de stress au travail (...) devant la Norvège, l'Allemagne et la France. (...) Les Pays-Bas connaissent le plus bas volume de travailleurs stressés : seuls 16 % y souffrent d'une surcharge de travail* »<sup>18</sup> selon l'agence de placement Kelly Services<sup>19</sup>.

De plus, un sondage réalisé en Suisse durant l'année 2002 révèle que « *44% de la population est sujette à d'importantes tensions nerveuses sur le lieu de travail. 38% des femmes et 21% des hommes stressés se plaignent en outre de symptômes somatiques importants* »<sup>20</sup>.

### **1.3.5 La Suisse et ses diverses entreprises**

Selon une enquête de *Temps Présent*<sup>21</sup>, le burn out, aujourd'hui, touche un travailleur sur cinq et ce dans tous les domaines et quelle que soit la fonction (cadres et employeurs). Les conséquences sont ressenties, bien entendu, chez la personne atteinte mais également dans les entreprises car un burn out implique au minimum 6 mois d'arrêt maladie. Mme Catherine Lazor-Blanchet, responsable en médecine du personnel au CHUV, témoigne que, selon des recherches, un soignant sur trois est atteint de burn out.

En ce qui concerne le taux d'absentéisme, celui-ci est une bonne mesure pour évaluer le climat social régnant dans une entreprise. Cette même émission de *Temps Présent* nous informe que c'est une technique utilisée par le CHUV pour ses

<sup>16</sup> ALDERSON, M. Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p.82

<sup>17</sup> Ibid. p. 83

<sup>18</sup> Educh.ch Portail de la formation et du conseil socio-éducatif depuis 10 ans. « Stress au travail: la Suisse au premier rang européen » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.educh.ch/categorie-coaching-emploi.pyhp?Cat=60&New=7> (page consultée le 11 mai 2007). La date de réalisation de cette recherche n'est pas précisée, néanmoins c'est une recherche intéressante, c'est pourquoi je l'ai citée.

<sup>19</sup> « Créée en 1946, Kelly Services, dont le siège mondial se trouve à Troy (Michigan, USA) (...) occupe une place de leader dans le domaine du placement de personnel. Chaque année, Kelly Services délègue les services de quelques 700'000 personnes. » Tiré du site Internet suivant : Kelly Service. « Kelly Services (Suisse) SA » [En ligne]. Adresse URL : [http://www.kellyservices.ch/web/ch/services/fr/pages/about\\_us\\_main.html](http://www.kellyservices.ch/web/ch/services/fr/pages/about_us_main.html) (page consultée le 13 mai 2007)

<sup>20</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 38

<sup>21</sup> *Burn out, la lutte s'organise*. Temps présent, FERNEX, F. ET KAMMERMANN, C. (réal.) [Enregistrement vidéo] (30 min.), diffusé le 7 février 2008

8 mille employés. M. Emmanuel Masson, directeur des ressources humaines au CHUV nous informe d'un taux de 4,5 à 5% d'absence pour le personnel, soit 10 jours d'absence par collaborateur. Il continue en disant que si les jours d'absence sont réduits d'un jour par collaborateur, l'entreprise économise 2,5 millions de francs. J'ai été étonnée en découvrant ces chiffres car je me suis aperçue que l'entreprise a tout intérêt à ce que son personnel ne fasse pas de burn out.

Le témoignage de M. Jacques Michelli, docteur en droit à Lausanne nous dit qu'il traite dix à vingt cas de burn out chaque année. Ce dernier a le sentiment que les personnes présentant des signes de burn out ont peur de perdre leur travail et, de ce fait, n'en discutent pas avec leurs supérieurs. Il termine en disant que les personnes atteintes de burn out ne sont pas suffisamment protégées par la justice suisse.

### **1.3.6 L'hôpital cantonal de Lucerne et ses soignants**

Terminons avec une étude réalisée par Barbara Reutlinger<sup>22</sup> à l'hôpital cantonal de Lucerne démontrant que près de « 35% des soignants souffrent de troubles typiques du burn-out – essentiellement des douleurs au niveau de la nuque et du dos ainsi que des manifestations d'irritabilité. La conséquence finale en est le burn-out. Pas moins de 57% des soignants interrogés par Barbara Reutlinger estiment leur activité peu ou absolument pas efficace. »<sup>23</sup>

Personnellement ces chiffres ci-dessus m'impressionnent. En effet, je peux observer que les soignants sont épuisés par leur travail dans tous les pays cités ci-dessus, mais j'ai été très surprise en apprenant que la Suisse occupe le premier rang européen en matière d'épuisement professionnel.

Par ailleurs, je sais que la Suisse est un pays exigeant où le rendement au travail est important. De ce fait, je peux comprendre que la Suisse soit au premier rang européen en matière d'épuisement au travail. D'un autre côté je pensais que, dans les pays en voie de développement, l'épuisement au travail était plus important étant donné le manque de moyens, le manque de matériel, les salaires bas...

Ces résultats me poussent encore plus à réaliser mon travail de recherche, car je ne m'attendais pas à ce que ces statistiques mettent aussi bien en évidence un début d'épuisement professionnel des soignants en Suisse. Je terminerai en disant que la prévention du burn out en est à ses débuts et qu'il est important de sensibiliser la population suisse à ce syndrome.

### **1.3.7 Les coûts financiers suisses**

Je pense qu'il est aussi nécessaire de se pencher sur les coûts qu'engendrent les maladies psychiques de la population suisse.

« On note depuis quelques années une forte augmentation des nouvelles rentes invalidité dues à des maladies psychiques. »<sup>24</sup> De plus, « L'observatoire suisse de la

<sup>22</sup> Barbara Reutlinger est une spécialiste suisse en sciences des soins hospitaliers.

<sup>23</sup> DELBROUCK, M., *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. 1<sup>ère</sup> éd. Bruxelles : De Boeck Université, 2003, p.180. La date de réalisation de cette recherche n'est pas précisée, néanmoins c'est une recherche intéressante, c'est pourquoi je l'ai citée.

<sup>24</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 38

santé estime à 16 milliards de francs l'ensemble des coûts résultant des maladies psychiques. »<sup>25</sup>

D'autre part, selon un reportage de *Temps Présent*<sup>26</sup>, le Conseil Fédéral a estimé le coût des maladies liées aux stress à 4 milliards de francs.

En lisant ces chiffres, ne pensez-vous pas qu'il serait temps de s'occuper de la santé mentale des habitants suisses en investissant de l'argent pour des campagnes de prévention contre le stress au travail ou pour la mise en place de moyens mis à la disposition de l'employé (psychologues d'entreprise)? Je pense qu'il est temps de réagir : c'est pourquoi je m'intéresse au burn out des soignants dans mon travail de mémoire.

Maintenant que vous connaissez le contexte de cette recherche, je peux vous livrer les motivations qui m'ont poussée à choisir ce sujet.

## 2 Mes motivations

### 2.1 Motivations personnelles

Le choix de ce sujet de mémoire découle de mes expériences pratiques faites lors de mes stages. J'ai pu, durant tout ce temps, observer, écouter et discuter avec le personnel soignant. Celui-ci se plaignait régulièrement de l'augmentation de la charge de travail, du manque de personnel et des patients avec des pathologies de plus en plus lourdes. Le discours des soignants m'a beaucoup interpellée car je m'apprête, à la fin de mes études, à pratiquer le métier de soignante. Je suis toujours motivée à devenir infirmière car j'aime soigner, encourager, guider les patients, les accompagner vers un futur meilleur et les reconforter dans leur maladie.

En effet, depuis ma petite enfance je veux devenir infirmière. Je sais que je ne pourrai pas exercer un autre métier : c'est ma vocation. De plus, je me sens bien dans mes études, soit à l'école, soit sur les lieux de stage. De ce fait, les plaintes des soignants venues à moi ne m'ont pas découragée mais m'ont permis de me remettre en question sur mes représentations de la profession. Pour moi, l'infirmière idéale prend le temps d'écouter et de discuter avec ses patients. Elle prend le temps d'effectuer les soins en répondant à ses demandes et à ses besoins. Les gestes de l'infirmière sont doux et chaleureux. De ce fait, le patient est paisible lorsqu'il la voit, il a confiance en elle. Mais, actuellement, le soignant peut-il se permettre de s'asseoir à côté du patient et de discuter avec lui ? Que penseraient ses collègues de travail ? Se ferait-il critiquer parce qu'il est assis ? Je répondrais à ces questions en disant que l'infirmière n'est plus ce qu'elle était. Les effectifs deviennent de plus en plus restreints, la charge de travail augmente. Les discussions avec le patient ne sont plus une priorité car les soins techniques, la justification du comportement et les annotations sont plus importants.

<sup>25</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 39

<sup>26</sup> *Burn out, la lutte s'organise*. Temps présent, FERNEX, F. ET KAMMERMANN, C. (réal.) [Enregistrement vidéo] (30 min.), diffusé le 7 février 2008

En 2008, une bonne infirmière, selon moi, travaille rapidement et doit être efficace dans son travail. De plus, je pense qu'une pression est exercée sur elle afin qu'elle soit rentable à l'établissement. C'est pourquoi le personnel soignant devient de plus en plus fatigué, nerveux, épuisé et transmet aux étudiants infirmiers un discours négatif. Il est vrai qu'en regardant autour de moi je m'interroge sur le bon choix de mon futur métier. Après réflexion, je peux affirmer que je serai épanouie dans mon travail parce que je l'aime : c'est pourquoi je persiste dans ma formation et que j'effectue mon travail de mémoire sur l'épuisement professionnel des soignants.

Maintenant que vous connaissez mes motivations à devenir infirmière, je vais vous expliquer le choix de ce sujet.

J'ai choisi de travailler sur le burn out du personnel infirmier car j'entreprends des études d'infirmière, ce qui signifie que je vais m'engager selon les « oui-dire » du personnel diplômé dans un métier difficile psychologiquement et physiquement. En effet, l'infirmière est confrontée à des situations complexes comme, par exemple la souffrance, la mort et l'annonce d'un diagnostic grave. De ce fait, il est important pour le soignant d'être au clair avec ses croyances, d'avoir des convictions, d'être porteur d'espoir, d'avoir des ressources pour se libérer l'esprit car, sans cela, il va s'épuiser et s'effondrer.

Je pense que si l'on aime ce qu'on fait et que notre cœur nous aide, le métier le plus pénible du monde est bien vécu par le travailleur. A travers mon travail de diplôme, je veux m'intéresser au burn out dans le but de savoir pourquoi la majorité des infirmières n'en font pas.

D'autre part, je suis intéressée par ce sujet parce que le burn out me fait peur. Après m'être questionnée sur les raisons qui m'ont poussée à traiter ce sujet de mémoire, je me suis rendue compte que j'avais peur d'en être à mon tour victime. En effet, j'ai, durant ma formation, été convaincue que jamais je n'en ferais, parce que j'aime mes études et mon futur métier. Je pensais que ça n'arriverait qu'aux autres. Mais, après m'être remise en question et après avoir discuté avec une enseignante<sup>27</sup> de l'école, j'ai réalisé que le fait de me convaincre que jamais je ne ferai de burn out était un moyen d'évitement, un mécanisme de défense : c'est l'une des raisons qui me poussent à m'intéresser à la prévention du burn out.

De plus, j'ai choisi d'orienter mon travail vers le service d'oncologie parce que le service où l'on soigne des patients atteints de cancer m'interpelle particulièrement. En effet, il est vrai que durant mes stages qui se sont déroulés en chirurgie, en médecine, en gériatrie, aux soins à domicile, dans un home et en pédiatrie, j'ai eu l'occasion de m'occuper de patients atteints de cancer mais ceux-ci se trouvaient dans ces services pour des raisons qui ne sont pas en lien avec cette pathologie. Pour moi, il est plus difficile de soigner ces gens car le cancer est une maladie qui me touche particulièrement du fait que personne n'est à l'abri. De ce fait, j'ai tendance à m'identifier aux patients, ce qui rend les soins plus difficiles.

Ma représentation du cancer est très lugubre de par son taux de mortalité, ses traitements pénibles physiquement et moralement, ses répercussions sur la famille,

---

<sup>27</sup> Entretien le 8 février 2007 avec une enseignante à la Haute Ecole Santé & Social, HES-SO Valais Wallis, filière infirmière.

le travail et l'environnement. D'autre part, le milieu de l'oncologie est un milieu où tous les âges sont représentés dès dix-sept ans.

Avant de prendre connaissance de mes motivations professionnelles, je terminerai ce point en disant que j'ai moi-même été confrontée à une situation très difficile. En effet, une connaissance est décédée suite à un cancer diagnostiqué en phase terminale, laissant derrière elle six enfants en bas-âge. Comment trouver la force de travailler dans un milieu aussi pénible psychologiquement ? Je peux vous dire que j'admire les soignants en oncologie. Il est vrai qu'un jour ou l'autre je devrai m'occuper de patients atteints de cancer et effectuer des soins curatifs ou palliatifs en lien direct avec cette pathologie car mon rêve professionnel serait de travailler comme infirmière dans un service de pédiatrie où des enfants atteints de cancer sont présents.

## **2.2 Motivations professionnelles**

Je m'intéresse au syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants en oncologie et surtout aux moyens de le prévenir. Je pense, d'une part, qu'il est important pour les soignants de connaître les ressources qu'ils ont dans leur environnement professionnel et personnel pour faire face au burn out. D'autre part, je m'intéresse à ce sujet parce que les soignants en oncologie ou dans d'autres services sont confrontés à des situations difficiles qu'ils ne peuvent gérer sans l'aide de toute une équipe. C'est pourquoi je cherche à savoir si le personnel soignant est bien soutenu par son équipe, par la responsable du service et par des apports extérieurs au personnel infirmier comme, par exemple, un psychologue.

De plus, dans un service tel que l'oncologie, un suivi adapté est nécessaire pour une bonne prise en charge : il est primordial que le personnel soignant soit dynamique, porteur d'espoir, prêt à intervenir dans n'importe quelle situation. Je pense qu'un soignant atteint de burn out sera un messenger de désespoir ou de « non-espoir », il sera distant de ses patients et, de ce fait, il ne pourra ni l'écouter ni le conseiller, ce qui implique une relation d'aide inefficace ou insuffisante.

En effet, pour moi, le métier d'infirmière ne consiste pas seulement à effectuer des soins techniques. Une soignante doit savoir communiquer avec le malade et s'adapter à chaque patient. Elle doit l'encourager, le guider, l'accompagner dans sa maladie et, ce, dans n'importe quelle situation. Je pense qu'un soignant en burn out ne sera bien ni dans son esprit ni dans son corps pour accompagner des personnes en souffrance, or pour, pouvoir prendre en charge des malades, il est important d'être bien soi-même.

Je terminerai ce point en disant que le choix de mon mémoire touche de près à plusieurs compétences du référentiel de compétences de la filière de formation des infirmières et infirmiers HES, soit aux compétences 2, 3, 5, 6, 9. Je pense que celles-ci sont particulièrement touchées par mon thème. Les voici de manière plus détaillées :

**- Compétence 2 : « Construire avec la clientèle une relation professionnelle dans la perspective du projet de soins. »<sup>28</sup>**

Mon travail de mémoire intervient directement dans cette compétence du fait qu'il est nécessaire dans une relation soignant-soigné que le soignant sache communiquer, guider, soutenir et accompagner le patient durant son hospitalisation. Je pense que le burn out influencera ces actes car un soignant épuisé psychologiquement et physiquement ne peut aider convenablement d'autres personnes.

En effet, la « déshumanisation de la relation à l'autre est le noyau dur du syndrome. »<sup>29</sup> De ce fait, un soignant en burn out entretiendra, avec ses patients, « une sécheresse relationnelle, (...) le malade est plus considéré comme un objet, (...) un numéro de chambre »<sup>30</sup>. Il n'est ainsi pas possible de construire une relation de confiance entre le soignant atteint de burn out et le soigné.

**- Compétence 3 : « Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé. »<sup>31</sup>**

L'épuisement professionnel du soignant rend difficile l'accompagnement du patient car il est pénible de soutenir d'autres personnes si nous-mêmes ne nous sentons pas bien.

Dans cette compétence, le point principal est la promotion de la santé chez le patient. Pour une infirmière en bonne santé, il est facile d'expliquer au patient ce qui est bénéfique ou non pour lui, mais qu'en est-il pour une infirmière en burn out ? Celle-ci n'a pas vu ou n'a pas voulu voir les signes annonciateurs du burn out. De ce fait, elle se trouve dans une situation difficile ! En effet, comment voulez-vous prévenir les gens d'un danger quand vous-même vous ne voyez pas votre propre danger ? De plus, le burn out signifie un épuisement lié au travail. Cela implique que l'infirmière est en quelque sorte « lassée » non pas de son travail dans la globalité mais peut être d'une seule chose négative qui se répète pendant des années et qu'elle ne peut gérer. En partant de ce constat, il est pour moi impossible de concevoir qu'une infirmière en burn out puisse faire de la prévention ou de la promotion chez ses patients.

D'un autre point de vue, il faut savoir qu'une infirmière, avant d'être en burn out, change de comportement. Par exemple, elle devient irritable, elle est toujours fatiguée, elle évite de rester trop longtemps avec ses patients. Dès lors, je peux me poser les questions suivantes : est-ce que quelqu'un de l'équipe soignante a perçu ses changements de comportements ? Est-ce que quelqu'un en a discuté avec elle ? De ce fait, il est important de se demander si la prévention de la santé des infirmières est suffisante.

---

<sup>28</sup> Tiré du document suivant : Référentiel de compétences de la filière de formation des infirmières et infirmiers HES-SO Valais Wallis.

<sup>29</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p.15

<sup>30</sup> Ibid. p. 15

<sup>31</sup> Tiré du document suivant : Référentiel de compétences de la filière de formation des infirmières et infirmiers HES-SO Valais Wallis.

- **Compétence 5 : « *contribuer aux recherches conduites par des chercheurs en soins infirmiers et participer à des recherches interdisciplinaires.* »<sup>32</sup>**

Pour la réalisation de mon travail de mémoire, je dois effectuer des recherches concernant le burn out et ses symptômes. Il s'agit tout au long de ce travail de me positionner comme un chercheur, c'est-à-dire : connaître mon sujet, me renseigner, m'entretenir avec des personnes inconnues et analyser les données recueillies. Voici plus spécifiquement mes objectifs d'apprentissage que je me suis fixée pour la réalisation de cette recherche :

- Je construirai des cadres de référence adaptés à ma recherche et qui seront en lien direct avec ma problématique, ma question de recherche, ainsi qu'avec mes objectifs et mes hypothèses de recherche ;
- J'analyserai les données recueillies en fonction des cadres de référence construits en développant mes opinions personnelles ;

Je pense que, à travers ces deux objectifs, j'intégrerai mes cadres de référence de façon à ce qu'une analyse soit construite et comprise par les lecteurs. Voici mon dernier objectif :

- Je construirai une auto-évaluation de mon travail et je mettrai en évidence les points forts de ma recherche ainsi que les difficultés rencontrées.

Il est vrai que je n'ai encore jamais eu l'occasion d'appliquer cette méthodologie de travail. C'est une expérience nouvelle qui peut m'apporter beaucoup. Je pense que par ce mémoire, je développerai tout d'abord mes connaissances sur l'accès à l'information comme l'utilisation d'Internet, la recherche dans les livres et les articles. De plus, je développerai mon sens de la curiosité et ma patience.

En effet, ma curiosité sera mise à l'épreuve car je voudrai toujours en savoir plus sur mon sujet. Parallèlement, je développerai ma patience car les informations n'arriveront pas toutes au moment voulu, les rendez-vous pris avec des intervenants ne seront pas tous fixés quand je le souhaiterai et, enfin, mon travail s'effectue durant une année et demie, ce qui signifie qu'il s'agit d'un travail conséquent qui demande du temps et beaucoup de persévérance.

La persévérance est aussi une qualité nécessaire pour la réalisation de mon travail. Il s'agit de ne pas baisser les bras pendant les moments difficiles mais d'aller de l'avant, de chercher des solutions aux problèmes et d'accepter les difficultés. Sans la persévérance, il me sera très difficile d'avancer dans mes études, dans ma vie professionnelle et dans ma vie personnelle.

---

<sup>32</sup> Tiré du document suivant : Référentiel de compétences de la filière de formation des infirmières et infirmiers HES-SO Valais Wallis.

- **Compétence 6 : « Mener des actions de formation auprès des étudiants en soins infirmiers, des pairs et des acteurs du système socio-sanitaire. »<sup>33</sup>**

Je pense que le soignant atteint d'épuisement professionnel ne sera pas en mesure d'expliquer, d'encadrer et d'accompagner une étudiante en soins infirmiers.

En effet, la personne en burn out présente trois symptômes principaux : « *l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation interpersonnelle et la diminution de l'accomplissement personnel* »<sup>34</sup>. De ce fait, le soignant atteint de burn out n'exercera pas convenablement son travail puisque, dans un premier temps, il est épuisé physiquement et psychiquement par son travail. La relation avec l'étudiant risque dès lors d'être conflictuelle. Le soignant, ayant moins de patience, sera facilement irritable.

Dans un deuxième temps, sa relation avec les patients sera très limitée et désorganisée. C'est la déshumanisation. L'infirmière ne perçoit plus le patient comme un être humain mais plutôt comme un objet. Je pense qu'il est très difficile pour un étudiant d'observer et de participer à une telle prise en charge car, à l'école, nous apprenons à soigner dans les quatre dimensions : bio, psycho, sociale et spirituelle. L'élève peut donc avoir une idée fautive du métier.

Je terminerai ce développement, en disant que l'infirmière en burn out se sent diminuée psychiquement. C'est le troisième symptôme, soit la diminution de l'accomplissement personnel. L'infirmière se sent incapable de fournir des soins de qualité, elle se sent inutile. De ce fait, encadrer un étudiant est pour elle trop difficile. Je pense qu'elle ne saurait pas montrer le travail de soignant dans sa globalité vu l'engrenage du burn out. Sa prise en charge se limitera aux soins techniques. La relation et la communication avec le patient ne seront pas démontrées. Je pense aussi qu'elle transmettra, à travers son discours, des idées sombres sur le métier, comme par exemple le côté difficile et fatigant de la profession. J'ai l'impression que ce genre de théorie sur le métier peut être source de démotivation chez l'étudiant indécis sur le choix de son futur métier.

- **Compétence 9 : « S'impliquer par son discours et ses actes, dans le développement et l'explicitation du rôle infirmier. »<sup>35</sup>**

Comme je l'ai cité ci-dessus dans la compétence 6, je pense que l'implication au travail et l'explicitation du rôle infirmier seront perturbés à cause du syndrome d'épuisement.

### **2.3 Motivations politiques**

D'un point de vue politique, il est intéressant de se diriger du côté du nombre de soignants travaillant dans le service d'oncologie, soit les effectifs de travail. En effet, le nombre de personnes est-il suffisant par rapport à la charge de travail ? Actuellement, il existe une technique informatisée pour le savoir. Il s'agit du LEP

<sup>33</sup> Ibid.

<sup>34</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p.14

<sup>35</sup> Tiré du document suivant : Référentiel de compétences de la filière de formation des infirmières et infirmiers HES-SO Valais Wallis.

(« *Leistungserfassung in der Pflege* », c'est-à-dire "saisie des prestations de soins infirmiers" »<sup>36</sup>). Chaque infirmière doit entrer les prestations qu'elle effectue durant son temps de travail et l'analyse de ces données est permise. Mais est-ce fiable ? D'après mes observations lors de mes stages, le LEP est utilisé, les prestations sont notées mais d'une manière incorrecte, car le personnel n'est pas encore suffisamment formé à ce programme. De ce fait, l'analyse du système est faussée.

D'autre part, je pense qu'il n'est pas correct d'évaluer la charge de travail avec un programme informatique. Je pense qu'il est important que les dirigeants se déplacent sur les lieux de travail afin d'observer le rythme de travail, de se rendre compte de la charge émotionnelle et de l'importance de la relation entre le malade et l'infirmière.

Selon une recherche en soins infirmiers, les infirmières se plaignent régulièrement de la « *charge de travail* »<sup>37</sup> trop élevée. Est-il nécessaire pour la santé des infirmières d'engager du personnel ? Je pense que oui, mais alors soit le système de santé perdrait de l'argent soit il n'y aurait pas suffisamment de bénéficiaires.

D'un autre côté, je me demande aussi s'il serait intéressant d'engager du personnel dans le but d'aider la santé mentale des infirmières. Je pense à un psychologue qui se trouverait dans chaque hôpital du canton du Valais. Celui-ci effectuerait, sur rendez-vous avec les services de l'hôpital, des débriefings infirmiers en groupe sur le temps de travail. Ainsi, les soignants pourraient exprimer leurs sentiments sur une situation d'un patient ou sur un conflit quelconque.

Je pense qu'il est aussi nécessaire de parler du Réseau Santé Valais (RSV). La centralisation des services hospitaliers du Valais a débuté durant l'année 2004. Le système consiste à unifier certains services et à les répartir dans les divers hôpitaux du Valais. Il s'agit des établissements suivants: « les hôpitaux de Brigue (...), Viège, Sierre, Sion, Martigny, la partie valaisanne de l'Hôpital du Chablais, le Centre Valaisan de Pneumologie (Montana), les hôpitaux de gériatrie de Ste-Claire (Sierre), de Saint-Amé (St-Maurice), les Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR) et l'EMS de Gravelone. »<sup>38</sup>

De ce fait, pour que le système soit fonctionnel, il a fallu réorganiser le personnel soignant travaillant dans les institutions nommées ci-dessus. Ceci a provoqué l'éclatement des équipes de travail. Ainsi, une infirmière travaillant à l'hôpital de Martigny peut être amenée à travailler à l'hôpital de Sion, sauf si elle est d'accord de changer de domaine de soins.

Je pense que ce système engendre beaucoup de stress chez le personnel soignant. En effet, il est possible que l'infirmière abandonne son poste de travail ou effectue des déplacements supplémentaires en voiture ou encore qu'elle n'arrive pas à trouver sa place dans une nouvelle équipe. Ainsi, des tensions peuvent s'immiscer

---

<sup>36</sup> LEP Leistungen sichtbar machen, « Qu'est-ce que le LEP? » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.lep.ch/> (page consultée le 21 janvier 2008)

<sup>37</sup> ALDERSON, M. Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p.82

<sup>38</sup> RSV GNW. « Le Réseau Santé Valais, Geshundheitsnetz Wallis ». [En ligne]. Adresse URL : [http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=33](http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=33) (page consultée le 8 mai 2007)

sur le nouveau lieu de travail et les soignants sont plus susceptibles de s'épuiser moralement et, donc, de faire un burn out.

Je terminerai mes motivations politiques en disant que mon travail se veut concret et tient compte de la réalité du terrain. Puissent mes propositions être une fois évaluées par les politiques !

### 3 La problématique

#### 3.1 Définition générale

« "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" »<sup>39</sup>

Métaphore, Freudenberg, psychanalyste (1970)

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. 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.* »<sup>40</sup> Pour terminer, la personne devient inefficace dans son travail.

Certains facteurs peuvent favoriser l'apparition d'un burn out. Tout d'abord, selon l'article de M. Burgel et al.<sup>41</sup> les personnes entre 40 et 50 ans sont plus à risque de faire un burn out tandis que selon le livre de M. Canoui et Mme. Mauranges « *les personnes plus jeunes sont plus vulnérables* »<sup>42</sup> à l'épuisement professionnel. Le décalage entre la représentation que la personne se fait de son travail et la réalité peut encourager l'apparition du burn out.<sup>43</sup> De plus, « *l'estime de soi, la capacité de résistance, le style de coping*<sup>44</sup> *ou l'inquiétude* »<sup>45</sup> sont des facteurs de risque

<sup>39</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses.* 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p.6

<sup>40</sup> Ibid. p.15

<sup>41</sup> BURGEL, P., HOFFMAN, A., CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjugée* [En ligne] no 32 (avril 2005) p.34. Adresse URL : <http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCR32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

<sup>42</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses.* 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p.53

<sup>43</sup> Phrase inspirée de l'article suivant : LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 39

<sup>44</sup> « Le terme coping désigne le processus par lequel l'individu cherche à s'adapter à une situation problématique. Cette adaptation peut se faire par différent moyen: prise en compte de ses ressources personnelles (cognitives et affectives), aides extérieurs possibles, positivisme, etc... » Tiré du site Internet suivant : Dicopsy, dictionnaire de psychologie « Coping » [En ligne] Adresse URL : <http://www.dicopsy.com/coping.htm> (page consultée le 16 février 2008)

<sup>45</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 39

personnels du burn out. Les facteurs de risque liés au poste de travail sont, par exemple, « (...) *des attentes élevées, des conflits de rôle, le soutien social des supérieures, le manque de feedback, la participation aux décisions ainsi que l'autonomie et la dépendance* »<sup>46</sup>.

Il existe aussi des facteurs de stress spécifiques à l'hôpital selon le livre de M. Canouï et Mme. Mauranges<sup>47</sup>. Il s'agit des stressseurs dus à l'organisation du travail qui sont l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles, des stressseurs dus aux conditions de travail qui eux varient d'une spécificité à un autre et des stressseurs environnementaux qui comprennent un système de 5M : milieu, matières premières, matériel, méthodes de travail et main d'œuvre. Ceux-ci seront développés dans un prochain chapitre<sup>48</sup>.

Après avoir cité les facteurs favorisant un burn out, je pense qu'il est nécessaire de développer les mesures de prévention de celui-ci.

Afin de prévenir l'apparition des symptômes de l'épuisement professionnel, certaines actions peuvent améliorer les conditions de travail des infirmières et ainsi leur permettre une décharge émotionnelle. Les voici brièvement<sup>49</sup>:

- « *correction des facteurs liés à l'organisation du travail* » ;
- « *mise en place de groupes de parole dans les services* » ;
- « *implication des médecins responsables de service* » ;
- « *actions de formation* ».

Maintenant que la définition du burn out est citée, que ses facteurs de risque sont développés et que ses mesures de prévention sont indiquées, nous pouvons découvrir l'importance du problème.

### **3.2 L'importance du problème vue par la responsable d'un service d'oncologie**

Durant la phase exploratoire, je me suis dirigée vers un service d'oncologie d'un hôpital valaisan afin de questionner une personne<sup>50</sup> expérimentée dans le domaine de l'oncologie et de la gestion d'un service. Après lui avoir expliqué les raisons de ma venue dans les détails, j'ai pu commencer mon entretien<sup>51</sup>. Voici ce que j'ai appris :

L'état de fatigue des infirmières du service est estimé par rapport à la lourdeur des cas, à une charge de travail importante et à un travail prenant. Selon la responsable, les situations stressantes au travail sont liées aux patients et non à leur travail. Elle

---

<sup>46</sup> Ibid. p. 39

<sup>47</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p.55 à 75

<sup>48</sup> Ils sont développés au chapitre 4, point 4.1.2.4 « Les stressseurs environnementaux ».

<sup>49</sup> Ibid. p. 163-164-165

<sup>50</sup> Entretien le 24 janvier 2007 avec la responsable d'un service d'oncologie du Valais.

<sup>51</sup> Vous trouverez, dans l'annexe I, les questions qui ont été soumise à l'infirmière-cheffe.

précise en disant que les situations douloureuses et stressantes proviennent de patients jeunes et de tous les patients dont l'état de santé se péjore.

En ce qui concerne l'organisation<sup>52</sup> du travail, les infirmières n'ont émis aucune plainte jusqu'à présent. Néanmoins, il serait nécessaire de réévaluer la satisfaction des infirmières par rapport à l'organisation du travail, car le Réseau Santé Valais (RSV) exerce des pressions. Actuellement, la mise à disposition du matériel et du temps pour les rapports est satisfaisante.

De plus, les infirmières entretiennent de bonnes relations avec les médecins-chefs. Il est important de préciser que les relations avec les médecins-assistants changent selon la personnalité de chaque assistant. Dans ce service, les infirmières participent à l'annonce du diagnostic et aux décisions d'arrêt de traitement. De ce fait, elles sont informées de tous les changements concernant leurs patients, ce qui, dans la prévention du burn out, est important.

Dans cet entretien, la responsable m'a aussi informée du fait que les infirmières bénéficient de temps de parole supervisés par un psychiatre. Celui-ci est présent dans le service chaque six semaines et plus si nécessaire. Ces temps d'échange se déroulent en groupe et ne sont pas obligatoires. De plus, en cas de besoin, l'infirmière responsable peut discuter avec l'équipe.

Je terminerai ce point en disant que, de l'année 2000 jusqu'à début 2007, l'infirmière responsable a eu dans son équipe soignante des personnes en arrêt maladie pour des problèmes somatiques, en particulier pour des problèmes de dos. Cependant, deux à trois infirmières qui ne font pas partie des soignants ayant eu des problèmes somatiques, durant ces mêmes années, ont quitté le service pour des raisons personnelles<sup>53</sup>.

### **3.3 La question de recherche**

Je ne vous cache pas mon étonnement en découvrant les chiffres ci-dessus. En effet, j'étais persuadée que j'allais me diriger vers une équipe soignante relativement épuisée puisque, dans mes recherches statistiques (chapitre 1, point 1.3.), j'avais pu observer que dans les pays étrangers tels que le Canada, le Maroc et le Liban-Nord, une minorité importante de soignants était en burn out ou manifestait des symptômes d'épuisement professionnel. De plus, en effectuant les recherches statistiques, j'ai aussi découvert que les chiffres suisses ne sont guère encourageants : la Suisse occupe, avec la Suède, le premier rang européen en matière de stress professionnel, le burn out touche un travailleur sur cinq et un soignant sur trois, selon l'enquête de *Temps Présent*, et pour terminer 44% de la population présente des symptômes d'épuisement au travail.

De plus, je tiens à préciser ma vision de l'oncologie: comme nous avons pu le découvrir dans mes motivations, ma représentation au sujet de ce milieu de travail est plutôt sombre. J'étais donc d'autant plus persuadée d'aller à la rencontre d'un personnel soignant épuisé.

<sup>52</sup> Une présentation du service où a eu lieu ma recherche se trouve dans l'annexe II.

<sup>53</sup> Ces deux à trois soignants ont quitté le service pour plusieurs raisons : l'augmentation de la charge de travail, la mise en place du Réseau Santé Valais, le côtoiement de la souffrance et de la mort, etc...

De ce fait, j'ai été positivement étonnée d'apprendre qu'en l'espace de sept ans, seulement deux à trois infirmières avaient quitté leur milieu de travail en probable burn out.

La conclusion de ma problématique est donc la suivante : d'après les réponses que m'a apportées l'infirmière responsable, l'équipe soignante d'oncologie est une équipe stable qui sait gérer les situations difficiles et dont la majorité ne fait pas de burn out. J'ai donc orienté ma question de recherche sous un angle positif. La voici :

### **Pourquoi une grande majorité des soignants exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ?<sup>54</sup>**

Cette question de recherche m'a permis d'appréhender diverses hypothèses de recherche que vous allez prochainement découvrir.

#### **3.4 Les hypothèses et les objectifs de recherche**

Puisque ma question de recherche s'intéresse à l'absence de burn out chez les soignants travaillant dans un service d'oncologie et que j'estime les renseignements de la cheffe de service concernant le fonctionnement global du service comme étant suffisants, je pense qu'il serait intéressant d'aborder le niveau individuel des soignants.

En effet, jusqu'à présent nous avons découvert, à travers le discours de la responsable du service, que la fatigue des soignants est situationnelle, donc liée aux patients rencontrés, que les soignants n'émettent pas de plainte concernant l'organisation du travail, que les relations médecins-infirmières sont bonnes et, pour terminer, nous avons découvert que les infirmières bénéficient de temps de parole supervisés par un psychiatre. Je prétends que l'organisation de ce service est bonne ainsi que la prise en charge de ses soignants.

C'est pourquoi je pense qu'il serait captivant de s'intéresser aux soignants en oncologie n'ayant pas fait de burn out afin de connaître leurs ressources personnelles pour évacuer le stress professionnel ainsi que les motivations qui leur permettent d'exercer leur métier dans un tel service.

De ce fait, après un long temps de réflexion, j'en arrive aux deux hypothèses de recherche suivantes :

- Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des stratégies personnelles pour gérer leur stress professionnel.
- Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des motivations personnelles qui leurs permettent d'exercer leur métier dans un tel service.

---

<sup>54</sup> Je tiens à préciser que je ne connais pas l'évolution du service en matière d'épuisement professionnel durant l'année 2007 à 2008.

Voici mes objectifs spécifiques de recherche en lien direct avec les hypothèses :

- J'identifierai les stratégies personnelles qu'ont les infirmières en oncologie pour gérer leur stress professionnel en faisant des liens directs avec mes cadres de référence ;
- J'identifierai et j'examinerai les motivations personnelles qu'ont les infirmières en oncologie à exercer leur profession dans ce service en faisant des liens directs avec mes cadres de référence.

A présent, voici les concepts qui seront développés dans le chapitre suivant : burn out, gestion du stress et motivation.

## 4 Les cadres de référence

Bien que le service d'oncologie n'ait pas connu de burn out entre 2000 et 2007 je pense qu'il est nécessaire d'expliquer clairement le terme burn out.

### 4.1 Le burn out ou « l'infarctus de l'âme »<sup>55</sup>

#### 4.1.1 Les trois dimensions fondamentales du syndrome d'épuisement<sup>56</sup>

Pour la bonne compréhension du lecteur, j'ai pris la peine de développer les trois dimensions du burn out car ces termes sont utilisés dans les statistiques du Maroc (chapitre 1, point 1.3.2) et au Liban-Nord (chapitre 1, point 1.3.3). A présent les voici :

##### 4.1.1.1 « L'épuisement émotionnel »

Le premier symptôme est l'épuisement émotionnel. La personne va ressentir une fatigue physique et psychique. La personne est irritable, fait des crises de colère et pleure. L'envie de se lever le matin pour aller travailler diminue. La relation avec ses collègues et ses patients devient de plus en plus difficile affectivement. Puis le burn out progresse et l'état émotionnel de la personne se péjore pour atteindre la deuxième phase soit, la déshumanisation de la relation à l'autre.

##### 4.1.1.2 « La déshumanisation de la relation à l'autre »

Cette phase se manifeste par un désintérêt de l'autre. La personne ne perçoit plus le malade comme un être humain mais plutôt comme un numéro de chambre ou un objet. Le détachement de la relation à l'autre est un moyen, pour la personne en épuisement professionnel, de faire face à la réalité de la relation soignant-soigné.

<sup>55</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p.38

<sup>56</sup> Les trois dimensions fondamentales du syndrome d'épuisement en italiques et entre guillemets sont tirées du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 14-15

#### 4.1.1.3 « La diminution de l'accomplissement personnel »

A ce stade, la personne n'a plus d'estime d'elle-même, elle se dévalorise et n'est plus motivée à travailler. Dès lors peuvent apparaître des erreurs professionnelles et de l'absentéisme justifié ou non. Arrivée à ce stade, la personne n'a plus aucune satisfaction dans la relation à l'autre. Elle se sent « moins que rien ».

Je pense qu'il s'agit là d'un syndrome sournois parce que, d'une part, il atteint directement la personne dans son intimité, c'est-à-dire sur ses propres sentiments. Par conséquent, il est difficile d'affronter la réalité professionnelle quand l'énergie intérieure commence déjà à se consumer. Cette baisse d'énergie altère petit à petit la personnalité du soignant, puis son travail. Le tout sera refoulé par la personne jusqu'à ce qu'elle s'épuise. D'autre part, je pense que le syndrome d'épuisement est sournois parce qu'il est en lien direct avec le travail. Qu'est-ce que le travail pour l'individu ? Le travail peut représenter l'accomplissement d'un rêve, ou être un moyen de répondre aux besoins d'une famille ou, encore, permettre d'avoir un rôle dans la société. Le message que je veux faire passer est le suivant : il est sans doute difficile pour le travailleur de demander un arrêt maladie avant d'être en burn out car le travail prend une place importante dans sa vie. Pour ne pas quitter sa place de travail, par peur d'être jugé par ses collègues et par peur d'être renvoyé, le soignant va jusqu'à s'épuiser !

Maintenant que vous connaissez les trois dimensions du burn out, observons de près les facteurs de stress à l'hôpital. Ceux-ci peuvent favoriser l'apparition d'un épuisement.

### 4.1.2 Les facteurs de stress à l'hôpital

#### 4.1.2.1 « Les variables personnelles du sujet »<sup>57</sup> :

- « *Les variables sociodémographiques* » : selon le livre de M. Canouï et de Mme Mauranges, il ne semble pas y avoir de lien direct entre les variables sociodémographiques (le sexe, l'état civil, 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. Mais selon l'article de M. Burgel et al.<sup>58</sup> les personnes entre 40 et 50 ans sont plus menacées par le burn out.
- « *Les variables professionnelles* » : selon le livre de M. Canouï et de Mme Mauranges, 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

<sup>57</sup> Les variables personnelles du sujet sont tirées du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 52 à 55

<sup>58</sup> BURGEL, P., HOFFMAN, A., CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjugulée* [En ligne] no 32 (avril 2005) p.34. Adresse URL : <http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCr32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

lien direct car le burn out est « multifactoriel »<sup>59</sup> et qu'il est lié à un problème émotionnel face aux conditions de travail.

- « *Les variables relatives à la personnalité du sujet* » : dans leur livre, M. Canoui et Mme Mauranges écrivent que « *la "hardinesse" que l'on peut traduire par endurance, solidité, robustesse psychique voire hardiesse* »<sup>60</sup> aurait une influence sur l'apparition du burn out. En effet, les personnes répondant à ces traits de personnalité résisteraient mieux aux divers stress.

Par contre, selon l'article de Lüthi, U.<sup>61</sup>, les personnes qui s'investissent dans leur travail, qui ont tendance à être perfectionnistes et qui ont « *une conscience élevée du devoir* »<sup>62</sup> auraient tendance à négliger leurs propres besoins et sont donc plus à risque de s'épuiser. Dans le même ordre d'idée, Mme Frederique Deschamps, Responsable /Burn out une chance, dit que le burn out est la maladie du motivé et du passionné<sup>63</sup>.

Je conclurai ce sous-chapitre en disant qu'il n'y a pas de profil type prédisposé au burn out. Toute personnalité peut être un jour ou l'autre touchée par l'épuisement professionnel et à n'importe quel âge de la vie. Maintenant, penchons-nous sur les facteurs professionnels de stress.

#### 4.1.2.2 « *Les stressés dus à l'organisation du travail* »<sup>64</sup> :

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. Canoui et Mme Mauranges attirent notre attention sur deux facteurs : l'interruption des tâches et l'ambiguïté des rôles.

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.

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.

---

<sup>59</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 54

<sup>60</sup> Ibid. p. 54

<sup>61</sup> LÜTHI, U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 39

<sup>62</sup> Ibid. p. 39

<sup>63</sup> *Burn out, la lutte s'organise*. Temps présent, FERNEIX, F. ET KAMMERMANN, C. (réal.) [Enregistrement vidéo] (30 min.), diffusé le 7 février 2008

<sup>64</sup> Les stressés dus à l'organisation du travail sont tirés du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 55 à 58

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...

En définitive, je constate que ces deux stressseurs sont des « compagnons » permanents du soignant et que c'est à ce dernier de mettre des limites en osant refuser certaines tâches.

Les deux points qui suivent, soit les stressseurs dus aux conditions de travail et les stressseurs environnementaux, sont des points importants étant donné que j'ai élaboré le questionnaire pour la responsable du service en me basant sur les données ci-dessous. Les réponses apportées par la cheffe du service constituent l'importance du problème (chapitre 3, point 3.2).

#### 4.1.2.3 « Les stressseurs dus aux conditions de travail »<sup>65</sup>

L'organisation du travail et les conditions de travail varient d'un service à l'autre. A ce propos, M. Canoui et Mme Mauranges mettent en évidence la relation d'aide, le manque de soutien, la technologie et l'impact des pathologies. En voici un résumé :

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 ? 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. 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 selon le livre de M. Canoui et Mme Mauranges, le cloisonnement, la loi du silence, les situations conflictuelles et le manque d'échange. 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. Le manque d'échange est aussi générateur

---

<sup>65</sup> Les stressseurs dus aux conditions de travail sont tirés du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 58 à 75

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. 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.

Je terminerai avec l'impact des pathologies sur le niveau d'épuisement professionnel. Je pense que le travail d'une infirmière en oncologie sera plus difficile moralement que celui d'une infirmière exerçant sa profession dans un service de maternité. En effet, une infirmière en oncologie sera confrontée régulièrement à la souffrance, à la mort, au deuil et à la douleur. Tandis qu'une infirmière en maternité côtoiera plus souvent<sup>66</sup> la joie des parents à l'arrivée d'un petit être aimé que le décès d'un patient.

Ma conclusion sur ce point est la suivante : je pense que l'infirmière n'a plus le temps de faire les choses calmement et n'a plus le temps de discuter avec le malade. Je pense que pour se protéger de son environnement qui ne cesse d'évoluer et qui est générateur de stress, l'infirmière se replie sur elle-même et « serre les points dans sa poche ». A la longue, la frustration devient telle que l'épuisement prend le dessus.

#### 4.1.2.4 « Les stressseurs environnementaux »<sup>67</sup>

L'environnement a des conséquences autant sur le physique que sur le psychique. Le livre de M. Canoui et Mme Mauranges nous informe que les stressseurs environnementaux comprennent un système de 5 M : le milieu, les matières premières, le matériel, les méthodes de travail et la main-d'œuvre. En voici l'explication point par point.

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.

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... 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.

---

<sup>66</sup> Je me rends bien compte que des situations plus complexes et plus difficiles peuvent être confrontées aux infirmières de maternité.

<sup>67</sup> Les stressseurs environnementaux sont tirés du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 75 à 82

Le matériel constitue tous les éléments qui facilitent le travail quotidien de l'infirmière. Il s'agit, par exemple, de lits électriques, d'élévateurs pour les personnes lourdes et de meubles mis à disposition dans la chambre : ceux-ci contribuent au maintien de sa santé physique et psychique.

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.

*« Si l'on passait l'année entière en vacances ; s'amuser serait aussi épuisant que travailler. »<sup>68</sup>*

William Shakespeare

### **4.1.3 Mesures de prévention du burn out**

Durant la phase exploratoire, je me suis rendue compte qu'un certain nombre d'actions peuvent améliorer les conditions de travail des infirmières. Ces conditions permettent au personnel soignant de se décharger psychologiquement et, ainsi, de prévenir l'apparition des symptômes de l'épuisement professionnel. Selon M. Canouï et Mme Mauranges, ces mesures à prendre sont les suivantes.

#### **4.1.3.1 « Correction des facteurs liés à l'organisation du travail »<sup>69</sup>**

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 :

- améliorer les temps de rapport entre les infirmières : elles pourraient exprimer leur vécu, leur ressenti sur les situations vécues ;
- définir des objectifs de travail : ceci permettrait de limiter le travail de l'infirmière et de diminuer l'ambiguïté des rôles ;
- reconnaître le travail de l'infirmière en temps que métier à part entière ;
- réduire au maximum l'interruption des tâches ;
- mettre à disposition suffisamment de matériel afin d'éviter des déplacements inutiles.

---

<sup>68</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evane.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

<sup>69</sup> Les corrections des facteurs liés à l'organisation du travail sont tirées du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 163 et 164

#### 4.1.3.2 « Mise en place de groupes de parole dans les services »<sup>70</sup>

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.

#### 4.1.3.3 « Implication des médecins responsables de service »

Le but de cette implication serait que le médecin-chef ou les médecins-assistants du service prennent la peine d'expliquer aux infirmières les projets de soins mis en place pour les patients. Les infirmières connaîtraient ainsi mieux les buts de leurs soins et culpabiliseraient moins lors des soins douloureux.

#### 4.1.3.4 « 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.

#### 4.1.3.5 Utilisation des mesures de prévention dans le service d'oncologie

Dans le service d'oncologie où s'effectue ma recherche, certaines mesures de prévention du burn out sont présentes et utilisées régulièrement comme:

- *le matériel mis à disposition* : il semble être suffisant car les infirmières n'ont émis aucune plaintes auprès de la responsable du service ;
- *le temps pour les rapports* : il est suffisant, pas de plaintes ;
- *les groupes de parole dans le service* : ils sont dirigés par un psychiatre chaque six semaines et plus si nécessaire ;
- *la relation infirmières-médecins* : la relation entre infirmières et médecins-chefs est bonne. Ces derniers impliquent les infirmières lors de tout changement concernant les patients ;
- *les actions de formation* : il existe une formation post-grade pour les infirmières travaillant en oncologie.

Les autres points tels que la définition précise des objectifs de travail, la reconnaissance des infirmières dans leur travail et le respect de la tâche en cours n'ont pas été traités auprès de la responsable du service et je ne peux dire si ces mesures sont présentes dans le service. Néanmoins, je tiens à préciser qu'une grande majorité des infirmières ne fait pas de burn out et que c'est dans cette direction que s'oriente ma recherche. C'est pourquoi, nous allons nous pencher sur le concept de « gestion du stress ».

---

<sup>70</sup> La mise en place de groupes de parole dans les services, l'implication des médecins responsables de service et les actions de formation sont tirées du livre suivant : CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, p. 164 et 165

## 4.2 La gestion du stress

### 4.2.1 Définition du stress

« Mot anglais employé par H. Selye (1936) pour exprimer l'état réactionnel d'un organisme soumis à l'action d'un excitant quelconque. (...) L'excitant (que Selye appelle stressor) peut être animé (bactérie), physique (froid), chimique (poison), un trouble ou une lésion organique (hémorragie), nerveux (effort, émotion désagréable ou agréable) ». <sup>71</sup>

Hans Selye <sup>72</sup> décrit trois stades du stress ou du syndrome général d'adaptation <sup>73</sup> :

- « la réaction d'alarme » : il s'agit du déséquilibre suite à un excitant quelconque. Le corps se mobilise pour se défendre de l'agression ;
- « la phase dite de "résistance" » : le corps essaie de s'adapter et met en route plusieurs mécanismes d'adaptation. Le corps est alors plus fragile et, donc, moins résistant face à d'autres événements de la vie ;
- « la phase d'épuisement » : les mécanismes d'adaptation s'épuisent et le corps n'arrive plus à se défendre contre l'agent agresseur. Dans le cas contraire, si le corps a pu trouver des ressources cette dernière phase n'est pas atteinte.

*« Le rendement d'un employé ne se mesure pas au stress qu'il subit. » <sup>74</sup>*

Olivier Sax

Avant que l'on se penche sur les techniques de gestion du stress, je trouve nécessaire de préciser qu'une personne en burn out a atteint la phase trois du stress selon Hans Selye, soit la phase d'épuisement. Le burn out est lié à un stress chronique qui devient ingérable pour la personne et qui va provoquer son épuisement.

Maintenant, passons à une théorie plus concrète avec les moyens de gestion du stress.

---

<sup>71</sup> DELAMARE J., DELAMARE F., GELIS-MALVILLE E., et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 28<sup>ème</sup> éd. Paris : Maloine, 2004, p. 825

<sup>72</sup> Hans Selye (1907-1982) « Né à Vienne, en Autriche, il étudie la médecine à l'Université de Prague. (...) Ce scientifique devient assistant professeur de biochimie en 1934. Par la suite, il fonde en 1945 l'Institut de médecine et de chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal. » Tiré du site Internet suivant : Bilan du siècle « Hans Selye (1907-1982) Scientifique » En ligne. Adresse URL : <http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/biographies/446.html> (page consultée le 3 octobre 2007)

<sup>73</sup> Les trois stades du stress ou du syndrome d'adaptation sont tirés de la référence suivante : MIBES-ARBUS S., LAZORTHES Y., ROUGE D., et al., « Sciences humaines et sociales ». Ed : Masson, 2006, p. 185 [En ligne]. Adresse URL : [http://books.google.ch/books?id=B4zkN\\_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX\\_hYBpXvIac](http://books.google.ch/books?id=B4zkN_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX_hYBpXvIac) (page consultée le 3 octobre 2007)

<sup>74</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

## 4.2.2 Surmonter le stress

La modification de la relation qu'a un individu avec son environnement va engendrer du stress. Cette modification comprend trois caractéristiques: « 1) *l'individu perçoit une situation de défi ou de menace* ; 2) *il considère que la bonne résolution de ce défi ou de cette menace est importante pour son bien-être* ; 3) *il n'est pas certain d'avoir les ressources nécessaires pour répondre à cette menace.* (Roskies, 1987). »<sup>75</sup>

En lien avec le burn out, 1) l'infirmière est dans une situation soit de défi (se fixe sans arrêt des objectifs et ne pense pas à son bien-être) soit de menace (une situation se répète tous les jours et la fatigue) ; 2) l'infirmière sait que, pour son bien-être, elle doit y faire face ; 3) Elle ne trouve pas les ressources pour y faire face et garde le problème au fond d'elle jusqu'à s'épuiser.

Les techniques de gestion du stress sont propres à chacun. « *Il s'agit d'un ensemble de stratégies personnelles qui constituent sa manière habituelle de faire face aux différentes situations problématiques de la vie. Il arrive toutefois que ces stratégies familières ne suffisent plus. Chacun a donc avantage à développer une diversité de stratégies auxquelles il pourra avoir accès au besoin, et à éviter d'utiliser les stratégies de gestion du stress nuisibles telles que la consommation excessive d'alcool, la colère non contrôlée, la conduite automobile dangereuse.* »<sup>76</sup>

Le but recherché des techniques de gestion du stress selon M. Fortin<sup>77</sup> est que l'individu puisse supporter ce stress et vivre normalement sa vie quotidienne. Pour moi, cela signifie que le bien-être n'est pas perturbé. Il est important de souligner que l'organisme peut mettre en place des techniques pour affronter un stress soutenu pendant un temps limité. Si le stress ne s'atténue pas durant cette période il devient alors chronique. Dès lors, le corps a des risques de s'épuiser.

Je pense qu'à partir de ce développement sur la gestion du stress, il est temps de faire un lien avec le burn out. Comme nous pouvons le constater, le burn out découle d'un stress chronique que vivent les infirmières sur leur lieu de travail. Nombreuses sont les sources de stress chroniques à l'hôpital<sup>78</sup>.

En outre, comme nous l'avons vu dans la problématique, la majorité des infirmières du service n'a pas fait de burn out. De ce fait, je pense qu'elles ont des techniques redoutables pour gérer leur stress et j'ai essayé de les identifier.

---

<sup>75</sup> FORTIN, B. « Surmonter le stress » Ed: CPF, 2001 [En ligne]. Adresse URL : <http://geocities.com/HotSprings/3475/Stress.html> (page consultée le 7 août 2007)

<sup>76</sup> Ibid.

<sup>77</sup> « *Psychologue québécois en milieu hospitalier depuis près de 30 ans, Bruno Fortin s'intéresse particulièrement aux stratégies d'adaptation face aux situations stressantes de la vie.* » Tiré du site internet suivant : FORTIN, B., « Des conseils psychologiques pour mieux vivre... » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.geocities.com/HotSprings/3475/> (page consultée le 7 août 2007)

<sup>78</sup> Vous trouverez les facteurs de stress à l'hôpital au chapitre 4, point 4.1.2

#### 4.2.2.1 « Des pièges à éviter »<sup>79</sup>

Les attitudes qui suivent sont des pièges qui ont pour but de soulager les tensions à court terme mais d'augmenter le niveau de stress à long terme. Le résultat en est une détresse psychologique. Voici les attitudes à éviter selon Bruno Fortin :

- « l'isolement »
- « l'évitement »
- « la froideur »
- « la rigidité »
- « le contrôle »
- « la colère »
- « l'agitation »

Il s'agit d'attitudes pièges mais qui peuvent être utilisées par les infirmières comme moyens pour gérer leur stress. A la longue, ces attitudes peuvent entraîner un burn out mais les infirmières ne le savent sûrement pas.

#### 4.2.2.2 « Des attitudes positives »<sup>80</sup>

Certaines attitudes appelées positives selon M. Fortin peuvent être mobilisée pour gérer le stress. Il s'agit « 1) d'entretenir une relation amicale avec soi-même, 2) de cultiver son jardin relationnel et 3) d'utiliser sa raison et de percevoir les situations d'une façon nuancée. »

- 1) « Entretenir une relation amicale avec soi-même » : il s'agit d'écouter son corps, de se faire du bien, par exemple en se reposant, en répondant à ses besoins. C'est aussi assumer ses choix et ses actes.
- 2) « Cultiver son jardin relationnel » : il s'agit de tisser des amitiés, d'aimer les autres et de fréquenter des personnes qui nous aiment. C'est aussi accepter que notre entourage nous vienne en aide et vive avec nous les moments de joies ou de peines. Pour terminer, il s'agit de savoir se confier à des gens de confiance et de ne pas faire attention aux personnes qui nous font du mal.
- 3) « Utiliser sa raison et percevoir les situations d'une façon nuancée » : Il s'agit d'aller à la recherche d'informations claires, justes et précises avant de se faire sa propre opinion sur une situation et de ne pas l'exagérer. Il s'agit aussi d'aller de l'avant dans la vie, de diriger ses attentions et ses efforts vers l'avenir et vers ceux qui le méritent.

Il s'agit là de vrais moyens pour gérer le stress professionnel. Cependant, dans les services où l'organisation est absente et l'ambiance pesante, l'infirmière ne peut être heureuse au travail et aura plus de difficultés à mobiliser les attitudes positives qui pourraient la protéger contre le burn out.

---

<sup>79</sup> Les pièges à éviter sont tirés de la référence Internet suivante : FORTIN, B. « Surmonter le stress » [En ligne]. Adresse URL : <http://geocities.com/HotSprings/3475/Stress.html> (page consultée le 7 août 2007)

<sup>80</sup> Ibid.

Dans le cas du service d'oncologie l'organisation est bonne. Il y a, certes, un stress : celui-ci est lié à la lourdeur des cas, à la charge de travail et à un travail prenant. Mais ce stress fait partie du travail infirmier et peut être évacué par les attitudes positives décrites ci-dessus et par d'autres techniques de gestion du stress. En outre, je me rends bien compte du fait que certaines personnes ont plus de difficultés que d'autres à gérer leur stress.

#### 4.2.2.3 « Les techniques de gestion du stress »<sup>81</sup>

Les techniques de gestion du stress se divisent en deux grandes catégories selon Lazarus et Folkman (1984). « 1) *Les techniques orientées vers les problèmes, appropriées aux problèmes sur lesquels on peut agir ou aux situations modifiables, ne serait-ce qu'en partie, et 2) les techniques axées sur les émotions, qui peuvent s'avérer utiles lorsqu'il y a peu de chance de modifier la situation* »<sup>82</sup>.

##### 1) « Les techniques orientées vers les problèmes »

Il s'agit principalement d'aller chercher la résolution du problème en l'affrontant, c'est-à-dire en allant chercher de bonnes informations, en se questionnant sur les sources du problème, en exprimant ses émotions et en reconnaissant ses limites.

##### 2) « Les techniques orientées vers les émotions »

Il s'agit d'affronter le problème en agissant sur les émotions dégagées, soit en évacuant ces dernières par le sport, la marche ou par d'autres hobbies, soit en dédramatisant la situation en riant, soit en donnant du sens à la situation à travers des prières religieuses et en se relaxant. Une fois encore, il ne s'agit pas d'une liste exhaustive. D'autres éléments peuvent s'y ajouter.

Il ne faut pas oublier que l'apparition du burn out est sournoise : la personne en proie à ces symptômes ne se rend pas forcément compte qu'elle est sur le point de s'effondrer. De ce fait, elle ne sera pas consciente du surplus de stress et ne l'évacuera pas.

C'est pourquoi, je cherche à savoir quels sont les moyens utilisés par les infirmières n'ayant pas fait de burn out pour gérer leur stress et, parallèlement, je cherche à savoir quelles motivations les poussent à exercer leur profession dans ce service. Venons-en au cadre de référence sur la motivation.

## 4.3 La motivation

### 4.3.1 Définition de la motivation

« La motivation est habituellement définie comme l'action des forces conscientes ou inconscientes qui déterminent le comportement (sans aucune considération morale).

---

<sup>81</sup> Les techniques de gestion du stress sont tirés de la référence Internet suivante : FORTIN, B. « Surmonter le stress » [En ligne]. Adresse URL : <http://geocities.com/HotSprings/3475/Stress.html> (page consultée le 7 août 2007)

<sup>82</sup> Ibid.

*J. Nuttin considère la motivation comme toute tension affective, tout sentiment susceptible de déclencher et de soutenir une action dans la direction d'un but. »<sup>83</sup>*

Dans cette recherche, il s'agit de placer la motivation des infirmières au travail comme un élément protecteur du burn out. Je tiens cependant à clarifier un point : nous avons vu dans le chapitre 4, point 4.1.2.1 que l'apparition du burn out peut être favorisée par les variables relatives à la personnalité du sujet. Dans ce point, il est noté que les personnes qui s'investissent dans leur travail, qui s'identifient à lui ont tendance à oublier leurs propres besoins et donc à s'épuiser. Dans le même ordre d'idées, Mme Frederique Deschamps, responsable / Burn out une chance, témoigne dans une émission de *Temps présent*<sup>84</sup> que le burn out est la maladie du motivé et du passionné. La motivation qui est mise en avant dans ce cadre théorique est une motivation qui est modérée, « saine » et qui aide les soignants à se lever le matin.

### **4.3.2 La théorie de J. Nuttin**

Dans leur récit, Barbe-Zoppis, C., Bittar, E., et al écrivent que cette théorie met en évidence les interactions qu'a un individu avec son environnement : l'homme a besoin d'être en relation avec son environnement de façon biologique, psychologique et spirituelle. Je pense que l'être humain est porté par une force ou par une énergie qui l'incite à interagir avec son environnement. La motivation va dynamiser cette force. Trois thèmes sont à mettre en évidence selon les mêmes auteurs. En voici un résumé :

- 1) « Les motivations intrinsèques et extrinsèques »<sup>85</sup> : il existe deux sortes de motivations. L'une est intrinsèque. Elle est directement liée au plaisir personnel que retire l'individu à faire une chose : l'infirmière peut travailler pour son plaisir parce qu'elle aime son travail et en tire une satisfaction intérieure. L'autre sorte est extrinsèque. Elle est directement liée à une satisfaction extérieure : l'infirmière peut travailler pour recevoir un salaire, le salaire étant la source de motivation au travail. Il est aussi possible d'avoir les deux sortes de motivations dans une seule action : l'infirmière peut travailler pour son plaisir et pour avoir un salaire.
- 2) « Le plaisir de causalité » : celui-ci met en évidence le fait que l'être humain a trois façons d'interagir avec des stimulus. Dans un premier temps il peut soit réceptionner le stimulus (l'infirmière reçoit une information), soit le rechercher (l'infirmière va chercher l'information) et pour terminer il peut le produire. Le plaisir de causalité signifie que l'être humain prend plaisir à intervenir dans une situation afin de faire avancer les choses (par exemple, l'infirmière intervient dans la vie du patient et de sa famille).
- 3) « La motivation au travail » : comme expliqué ci-dessus, le travail peut être soit motivé de façon intrinsèque, soit motivé de façon extrinsèque, soit motivé par les deux en même temps. Il est important de noter que beaucoup de facteurs

<sup>83</sup> LINTZ, M. « Concept: La motivation » [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfu.unige.ch/~lintz/staf11/motivation.html> (page consultée le 8 août 2007)

<sup>84</sup> *Burn out, la lutte s'organise*. Temps présent, FERNEX, F. ET KAMMERMANN, C. (réal.) [Enregistrement vidéo] (30 min.), diffusé le 7 février 2008

<sup>85</sup> Les motivations intrinsèques et extrinsèques, le plaisir de causalité et la motivation au travail sont tiré du site Internet suivant : LINTZ, M. « Concept: La motivation » [En ligne]. Adresse URL : <http://helios.univ-reims.fr/Labos/LERI/membre/bittar/Motivation/html-rapport/motivation/node8.html> (page consultée le 8 août 2007)

interviennent dans le milieu du travail comme la responsabilité et la personnalité. De ce fait, la motivation au travail ne se résume pas simplement à ce paragraphe.

Abordons maintenant la notion de sens.

### 4.3.3 Le sens donné aux actions

*« Pour que l'on passe à l'action, pour que l'on fasse quelque chose, il faut que notre conduite ait un sens, même si celui-ci ne nous apparaît pas, même s'il demeure caché par tous ces mécanismes psychiques qui nous masquent les significations réelles de nos actions. Au niveau conscient, sans la possibilité d'attribuer un sens à son action, l'individu est démotivé. (...) Etre motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action ! »<sup>86</sup>*

Je me suis dirigée vers le sens que chacun d'entre nous donne à ses actions car si le sens est absent d'une action, aucune raison ne peut la motiver. Avec le temps, cette action sera de plus en plus minimisée. Cela peut paraître anodin, mais imaginez une infirmière qui minimise ses actions auprès de ses patients ! Cela peut avoir de très graves conséquences comme, par exemple, la mise en danger de la vie du patient par une erreur professionnelle ou par un oubli. D'autre part, je pense que si l'infirmière n'a plus de motivation à travailler et qu'elle ne trouve aucun sens à ce qu'elle fait, elle va s'épuiser et faire un burn out.

Voici une histoire qui illustre bien la façon dont le sens qu'on met à nos actions les influence :

*« Sur le pont de Brooklyn, un matin de printemps, un aveugle mendie. Sur ses genoux, une pancarte : « Aveugle de naissance. » Devant lui la foule passe indifférente. S'arrête un inconnu. Il prend la pancarte, la retourne, y griffonne quelques mots et s'en va. Aussitôt, miracle. Chacun tourne la tête et beaucoup, attendris, s'arrêtent et jettent une pièce dans la sébile. Quelques mots avaient suffi. Ils disaient tout simplement : « c'est le printemps, je ne le vois pas. » Qu'a fait ici le génial promeneur ? »<sup>87</sup>*

Cette histoire, m'amène à la réflexion suivante : nos actions dépendent, du sens que nous y mettons. Pour qu'une action ait lieu, il faut changer la signification des choses ou faire en sorte que l'action ait un sens. C'est ce qu'a fait ce génial promeneur.

L'infirmière met un sens à chaque action pour être motivée au travail. Par exemple, le salaire peut être source de motivation parce qu'il permet de répondre aux besoins d'une famille, un geste technique peut être source de motivation parce que l'infirmière veut fournir aux patients des soins de qualité<sup>88</sup>, un sourire est source de motivation parce que l'infirmière est convaincue que son sourire est rempli de réconfort et favorise la guérison du patient.

<sup>86</sup> MUCCHIELLI, A., *Les motivations*. 5<sup>ème</sup> éd. Paris : Que sais-je ?, 2000, p.7

<sup>87</sup> Ibid. p.8

<sup>88</sup> Vous pouvez découvrir un descriptif de la qualité des soins dans l'annexe III. La qualité des soins est tirée de l'ASI (Association suisse des infirmières). De plus, des réflexions personnelles viennent s'immiscer.

« Le travail est l'allié de la paresse dès qu'il est motivé. »<sup>89</sup>

Robert Escarpit

#### **4.4 Conclusion des cadres de référence**

A travers mes deux hypothèses et mes deux objectifs de recherche<sup>90</sup>, je touche de très près à la prévention<sup>91</sup> et au maintien de la santé mentale des infirmières. La prévention fait partie intégrante du rôle infirmier. Maintenir la santé mentale des infirmières est un élément très important pour que la prise en charge de chaque patient soit la meilleure possible.

Maintenant que mes cadres de références sont développés, passons au chapitre suivant, soit à la méthodologie.

## **5 La méthodologie**

### **5.1 Introduction**

Avant tout, il est important de savoir que mon mémoire de fin d'études se veut une recherche qualitative, car je ne cherche pas à quantifier quelque chose mais à développer mes données basées sur deux thèmes présents dans mon cadre de référence, soit la gestion du stress et la motivation. Voici à présent la démarche que j'utilise pour la réalisation de ce travail.

Il s'agit d'une démarche hypothético-déductive : « *la construction part d'un postulat ou concept postulé comme modèle d'interprétation du phénomène étudié. Ce modèle génère, par un travail logique, des hypothèses, des concepts et des indicateurs auxquels il faudra rechercher des correspondants dans les faits.* »<sup>92</sup>. Dans ce chapitre vous trouverez : l'échantillon, mon outil de travail soit les entretiens, la protection des données et les considérations éthiques, l'analyse des données qui comprend la méthode de dépouillement et la méthode d'analyse des données et finalement c'est avec les limites du travail de recherche qui comprend le temps, l'échantillon et le niveau de la recherche que je terminerai ce chapitre. Cependant, avant de nous pencher sur ces points, je tiens à expliciter le choix des différents auteurs cités dans mon cadre de référence.

### **5.2 Choix des auteurs**

Le choix des auteurs est en lien direct avec la phase exploratoire. En effet, durant cette dernière, je me suis orientée, grâce à Internet, vers des auteurs ayant des informations professionnelles. Par exemple, pour le concept de burn out, le livre de

<sup>89</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evencite.com/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

<sup>90</sup> Vous trouverez mes objectifs et mes hypothèses de recherche au chapitre 3, point 3.4.

<sup>91</sup> Vous trouverez dans l'annexe IV un explicatif de la prévention tiré de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Des réflexions personnelles s'y ajoutent.

<sup>92</sup> QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2006, p.174

référence principal est celui de M. Canouï et Mme Mauranges<sup>93</sup>. Pour arriver au choix de ce livre, j'ai tout d'abord recherché des informations sur le burn out et je me suis aperçue que cet ouvrage était souvent cité. De ce fait, je me le suis procuré. J'ai aussi lu un deuxième livre<sup>94</sup> sur le sujet. Celui-ci était tout autant intéressant pour ma culture générale ; cependant, il répondait moins à mes demandes pour réaliser ce travail car il était plus complexe<sup>95</sup>.

En ce qui concerne la gestion du stress et les motivations, les sources de référence proviennent plutôt de sites Internet. J'ai été très attentive à ce que les informations proviennent de sources professionnelles. Les auteurs sont des psychologues<sup>96</sup>, ou des médecins et des enseignants<sup>97</sup>, ou des auteurs<sup>98</sup> d'ouvrage.

J'ai tiré les articles de revues scientifiques<sup>99</sup> et non scientifiques<sup>100</sup> mais tous les articles choisis ont été écrits par des professionnels.

Le contenu de mes cadres de référence ne reprend pas de théories de soins infirmiers. Néanmoins, je sais que ma recherche touche au domaine des soins infirmiers car il s'agit d'une profession directement touchée soit par le burn out, soit par la gestion du stress ou encore par les motivations. En effet, l'argumentation de ce point de vue est la suivante : d'une part mon travail se situe dans la prévention de la santé des infirmières et, d'autre part, je prétends que la gestion du stress et les motivations sont des moyens de se protéger du burn out. La prévention étant un domaine faisant partie des soins infirmiers, mon travail touche donc à ma future profession.

### 5.3 L'échantillon

L'échantillon de cette recherche comprend sept soignants. Il s'agit d'un échantillon raisonné avec les critères d'inclusion suivants :

---

<sup>93</sup> CANOUI, P., MAURANGES A., Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses. 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Masson, 2001, 224 p.

<sup>94</sup> DELBROUCK, M., Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel. 1<sup>ère</sup> éd. Bruxelles : De Boeck Université, 2003, 280 p.

<sup>95</sup> Pour moi, le développement de ce livre est analytique et comprend un vocabulaire plus savant.

<sup>96</sup> FORTIN, B. « Surmonter le stress » [En ligne]. Adresse URL : <http://geocities.com/HotSprings/3475/Stress.html> (page consultée le 7 août 2007)

<sup>97</sup> LINTZ, M. « Concept: La motivation » [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/~lintz/staf11/motivation.html> (page consultée le 8 août 2007)

<sup>98</sup> MIBES-ARBUS S., LAZORTHES Y., ROUGE D., et al., « Sciences humaines et sociales ». Ed : Masson, 2006, p. 185 [En ligne]. Adresse URL : [http://books.google.ch/books?id=B4zkN\\_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX\\_hYBpXvlac](http://books.google.ch/books?id=B4zkN_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX_hYBpXvlac) (page consultée le 3 octobre 2007)

<sup>99</sup> LÜTHI U. Prévenir l'infarctus de l'âme. *Revue Soins infirmiers*, 2007, no 1, p. 38-40

ALDERSON, M. Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance. *Recherche en soins infirmiers*, 2005, no 80, p. 76-86

BURGEL, P., HOFFMAN, A., CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjugulée* [En ligne] no 32 (avril 2005) p.34. Adresse URL : <http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCR32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

<sup>100</sup> LINTZ, M. « Concept: La motivation » [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/~lintz/staf11/motivation.html> (page consultée le 8 août 2007)

- les soignants travaillent dans le service d'oncologie de l'infirmière-cheffe qui a répondu à mes questions pour l'importance du problème (chapitre 3, point 3.2.) ;
- les soignants n'ont pas été victime de burn out ;
- les soignants comprennent et parlent le français ;
- les soignants travaillent au minimum à 60% ;
- les soignants travaillent depuis un an minimum dans ce service ;
- les soignants acceptent de participer à l'étude et ont signé le formulaire de consentement éclairé.

Cet échantillon comprend des hommes et des femmes, des soignants formés et non-formés en oncologie ainsi que des soignants avec de nombreuses années d'expérience, soit supérieures ou égales à cinq ans<sup>101</sup> et ceux avec des années d'expérience inférieures à cinq ans. Tout au long de ce travail, j'ai eu pour idée de comparer les techniques de gestion du stress et les motivations entre les soignants formés et non-formés ainsi qu'entre les soignants ayant beaucoup d'années d'expérience et ceux en ayant moins.

Dans un premier temps, un tableau récapitulatif des entretiens mettait en évidence les soignants formés et non formés et les soignants avec un nombre d'années supérieurs à cinq ans et ceux avec un nombre d'année d'expérience inférieurs à cinq ans. J'ai pu faire deux constatations. La première est que la comparaison des résultats obtenus entre les deux groupes mentionnés est possible car les données comparatives se croisent (l'échantillon comprend des soignants formés qui ont beaucoup d'années d'expériences, des soignants formés qui ont peu d'années d'expérience, des soignants non-formés qui ont beaucoup d'années d'expérience et des soignants non-formés qui ont peu d'années d'expérience). Le deuxième constat concerne directement l'éthique de la recherche puisque en classant chaque soignant d'après sa formation et ses années d'expériences, chacun d'eux devient facilement identifiable. D'autant plus que mon échantillon est composé de sept soignants : population repérable de part son nombre. De ce fait, pour préserver l'anonymat des participants, élément que je me suis engagée à respecter, je renonce à comparer les données entre les deux groupes mentionnés.

En interrogeant sept soignants qui n'ont pas fait de burn out j'obtiens une vision globale de la situation. Il est important que les participants comprennent et parlent le français afin que les entretiens soient clairs pour tout le monde.

Les soignants interrogés travaillent entre soixante pour cent et cent pour cent car il est important qu'ils passent un certain temps dans le service. En effet, une personne travaillant à soixante pour cent a plus de risque de faire un burn out qu'une personne à quarante pour cent. J'ai pris l'initiative de fixer la limite à soixante pour cent parce que ce pourcentage représente plus que la moitié du temps de travail sur une semaine de cinq jours, ce qui veut dire qu'un soignant à soixante pour cent doit travailler trois jours par semaine (répartis sur le mois).

---

<sup>101</sup> Je pense que cinq ans et plus dans un même domaine constitue de nombreuses années d'expérience. J'ai fixé moi-même cette limite.

Avant de terminer mon argumentation avec le consentement des participants penchons-nous sur les années de service au sein de ce milieu.

Les soignants participants à mon étude doivent exercer leur profession dans le service d'oncologie depuis une année au minimum. En effet, je pense qu'il faut environ trois à quatre mois de pratique<sup>102</sup> pour connaître l'exercice de sa profession<sup>103</sup> et les huit autres mois permettent de confirmer son choix pour ce service. De ce fait, une personne travaillant depuis une année connaît ses motivations à exercer dans son milieu et a des ressources personnelles pour gérer son stress.

Je terminerai mon argumentation sur un point important : le consentement libre et éclairé des personnes à participer à cette recherche. En effet, les participants ont été informés de la démarche à suivre<sup>104</sup> et ont signé un formulaire de consentement éclairé<sup>105</sup>. Ils peuvent librement accepter de participer à l'étude.

#### **5.4 Les entretiens<sup>106</sup>**

Tous les soignants ont été interrogés à partir du même guide d'entretien<sup>107</sup> que j'ai expérimenté lors des pré-tests. Il s'agit d'entretiens semi-directifs : « *il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises.* »<sup>108</sup> J'ai choisi cet outil de travail car « *le contenu de l'entretien fera l'objet d'une analyse de contenu systématique, destinée à tester les hypothèses de travail.* »<sup>109</sup> De plus, cet outil me permet aussi de répondre à mes objectifs. Pour éviter au mieux d'introduire des biais dans ma recherche, les entretiens ont été enregistrés puis transcrits mot à mot. Voici les trois parties de mon outil qui ont été soumises dans le même ordre aux participants :

##### Première partie : la gestion du stress

Cette partie permet d'identifier les moyens que se donnent les infirmiers(ères) pour gérer leur stress.

##### Deuxième partie : les motivations personnelles

C'est grâce à elle que je peux identifier et examiner les motivations des infirmiers(ères) à exercer leur profession en oncologie.

---

<sup>102</sup> Durant les trois premiers mois dans un nouveau service, l'infirmière est « coachée » par ces collègues de travail.

<sup>103</sup> Lorsque je cite « connaître l'exercice de sa profession » je fais appel aux habitudes du service et à son adaptation au sein de celui-ci.

<sup>104</sup> Un exemplaire de la lettre d'information destinée aux participants se trouve dans l'annexe V. Je tiens à préciser que sa présentation est modifiée mais pas son contenu.

<sup>105</sup> Un exemplaire du formulaire de consentement éclairé tel qu'il a été présenté au participant se trouve en annexe VI. Je tiens à préciser que sa présentation est modifiée mais pas son contenu.

<sup>106</sup> Cette partie a été inspirée du livre suivant : KAUFMANN, J.-C., *L'entretien compréhensif*. 1<sup>ère</sup> éd. Paris : Nathan, 1996, p. 39 à 58

<sup>107</sup> Vous trouverez dans l'annexe VII la grille d'entretien qui a été soumise aux participants.

<sup>108</sup> QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2006, p.174

<sup>109</sup> Ibid. p.174

### Troisième partie : les données personnelles du participant

Un profil des soignants est dressé sur les données qui nous intéressent particulièrement soit, la formation, les années d'expérience en oncologie et le pourcentage de travail. Cette dernière partie ne sera pas utilisée dans ce travail car je renonce à comparer les soignants formés en oncologie avec ceux qui ne le sont pas et les soignants ayant de nombreuses années d'expérience avec ceux qui en ont moins.

Je pense que l'entretien est la meilleure méthode de procéder pour mon travail de recherche. En effet, avec les entretiens, il est plus facile d'obtenir des réponses développées.

En ce qui concerne les biais effectués durant la recherche, je sais que les entretiens demandent certaines qualités de la part du chercheur telles que la maîtrise de sa grille de questions, une certaine facilité à communiquer avec le participant, de l'écoute, du dynamisme et de la neutralité.

J'ai effectué deux pré-tests auprès de deux infirmières exerçant leur métier dans un EMS (établissement médico-social) afin de m'entraîner à parler et afin d'évaluer la fiabilité de mon outil de travail. Après-coup, je réalise que des pré-tests effectués dans un autre service d'oncologie m'auraient permis d'ajuster plus précisément ma grille d'entretien.

En ce qui concerne les participants : le moment, le lieu, le fait d'être enregistré et les possibles discussions entre collègues concernant les questions posées durant l'entretien peuvent entraîner des biais. A ce propos, j'ai demandé aux participants à l'étude de ne pas parler à leurs collègues du déroulement de l'entretien.

Je terminerai en disant que les entretiens, tous planifiés par l'infirmière-chef, ont été effectués dans une salle du service d'oncologie dès dix-huit heures et ont durés entre vingt et trente minutes. J'étais seule avec un soignant et nous n'avons jamais été interrompus.

Les entretiens se sont très bien déroulés. J'ai beaucoup apprécié cette phase pour deux raisons : la première est que j'ai été très bien accueillie par l'infirmière-chef et les participants et la deuxième est que j'ai obtenu des réponses à mes interrogations.

Je terminerai ce point en disant que je connaissais suffisamment mon thème et que j'étais, pour mon niveau d'apprentie chercheuse, bien préparée à cette phase. A présent, penchons-nous sur les éléments éthiques qui méritent une attention particulière.

### **5.5 Protection des données et considérations éthiques**

Comme je me suis engagée à respecter l'anonymat des participants à l'étude, je dois veiller à la destruction des enregistrements pour que ces derniers soient irrécupérables en cas de nouvelle tentative d'écoute par de tierces personnes. De même, il faudra que je détruise, dès fin septembre 2008, tous les documents utilisés

dans ce travail qui pourraient identifier l'un ou l'autre des participants. Je fais principalement référence aux transcriptions.

D'autre part, par respect de la hiérarchie des institutions (Réseau Santé Valais, hôpital de Sion, service d'oncologie), j'ai été amenée à demander diverses autorisations pour effectuer ce travail. Toutes mes demandes ont été acceptées par la Direction du RSV et par l'infirmière-cheffe du service.

## **5.6 L'analyse des données**

### **5.6.1 La méthode de dépouillement**

Cette phase consiste à mettre en évidence question par question les éléments clés ou les rubriques de chaque entretien. L'ordre des questions sera repris tel qu'il a été présenté aux participants. A ce stade, il s'agit de prendre garde à ne pas interpréter les données et donc à ne pas introduire de biais. Cette phase laissera place à l'analyse.

### **5.6.2 La méthode d'analyse des données**

Il s'agit dans cette phase de faire des liens entre :

- les réponses des sept participants à l'étude (chapitre 5, point 5.3) ;
- et la problématique (chapitre 3), plus précisément, l'importance du problème (chapitre 3, point 3.2), la question de recherche, les objectifs et les hypothèses (chapitre 3, point 3.3) ;
- et les cadres de référence (chapitre 4) qui comprennent le burn out (chapitre 4, point 4.1), la gestion du stress (chapitre 4, point 4.2) et la motivation (chapitre 4, point 4.3) ;
- et mes impressions : il est important dans ce point de ne pas poser de jugement sur les personnes mais d'analyser les données recueillies.

Pour moi, il s'agit de prendre suffisamment de recul par rapport aux données recueillies et par rapport à mon travail en général. Le but ici est de maîtriser au mieux les cadres de référence et les données recueillies lors des entretiens. Le chercheur doit avoir un esprit critique durant toute sa démarche.

Lorsque l'analyse touchera à sa fin, en sachant bien que tout peut être sans cesse modifié et retravaillé, une synthèse reprendra les éléments principaux.

## **5.7 Les limites du travail de recherche**

### **5.7.1 Le temps**

Le manque de temps est une limite du travail. En effet, le temps mis à disposition pour la réalisation de ce mémoire de fin d'étude est de moins de deux ans de ma formation soit du début de la troisième année (septembre 2006) à la fin de la quatrième année (juillet 2008). De ce fait, l'importance de choisir un sujet précis est primordiale pour mener au mieux cette recherche.

### **5.7.2 L'échantillon**

Mon échantillon comprend sept soignants. Au niveau de ma recherche, il s'agit d'un échantillon relativement important. De plus, grâce à lui, ma recherche est représentative de ce service d'oncologie<sup>110</sup>.

### **5.7.3 Le niveau de la recherche**

Les résultats que j'ai obtenus ne sont pas à généraliser pour tous les services d'oncologie de la Suisse ou du monde. Mon travail s'effectue dans un service d'oncologie valaisan et mes résultats seront représentatifs de ce service<sup>111</sup>.

Néanmoins, il serait intéressant, dans une autre recherche, de comparer les motivations et les techniques de gestion du stress entre plusieurs infirmières exerçant leur métier en oncologie dans différents sites de travail. Je pense que les résultats peuvent être différents si les facteurs professionnels de stress<sup>112</sup> ne sont pas les mêmes dans les différents sites.

A présent, passons à l'analyse.

## **6 L'analyse**

La présentation des données (6.1), comprend trois points : les techniques de gestion du stress des soignants (6.1.1) et leurs motivations à travailler en oncologie (6.1.2). Avant de passer à l'analyse des données, une synthèse générale (6.1.3) vous sera présentée.

L'analyse (6.2) se déroulera de la manière suivante : tout d'abord, un retour sur la problématique sera développé (6.2.1). Ensuite, un retour sur les cadres de référence sera effectué (6.2.2). L'analyse se terminera avec une synthèse (6.2.3).

Je terminerai ce chapitre 6 en faisant un retour sur les hypothèses et les objectifs de recherche (6.3).

### **6.1 Présentation des données**

#### **6.1.1 Les techniques de gestion du stress**

Avant de vous faire part des résultats concernant directement mes hypothèses et mes objectifs en lien avec la gestion du stress, je pense qu'il est important de connaître les facteurs de stress au travail vus par les participants à l'étude<sup>113</sup>. Voici la première question :

---

<sup>110</sup> Le chapitre 7 et plus particulièrement le point 7.1 « Discussion des résultats » développe de manière détaillée les généralisations possibles d'être faites à partir de ce travail.

<sup>111</sup> Je vous renvoie au chapitre 7 point 7.1 qui traite, en partie, de la généralisation des résultats.

<sup>112</sup> Les facteurs professionnels de stress (les stressseurs) sont développés dans le chapitre 4, point 4.1.2.2.

<sup>113</sup> Nous avons vu dans le chapitre 3, point 3.2 les causes de stress vu par la responsable du service.

## A. Etes-vous stressé au travail ?

Les sept participants ont répondu « oui » à cette question. Les facteurs de stress sont multiples. Les voici :

- les situations complexes qui concernent des patients jeunes et de tout malade en fin de vie sont citées par quatre soignants ;
- mis en avant par trois soignants, l'importance de la charge de travail. Celle-ci est à égalité avec les moments de « boom » ou les moments de « bourre ». Cela signifie que tout arrive en même temps ;
- les déplacements inutiles sont mis en évidence par deux soignants.

D'autres facteurs spécifiques de stress, propres à chaque participant, sont exprimés :

- les heures supplémentaires et l'ambiance ;
- le fait de ne pas être suffisamment proche des patients et la difficulté à répondre de suite aux besoins du malade ;
- le manque d'organisation, le respect du temps, la difficulté à accomplir un soin technique et la relation avec les familles;
- la responsabilité et les imprévus.

Comme mon étude vise directement la prévention du burn out, j'ai jugé intéressant de savoir si les soignants se laissent envahir par ce stress et s'ils se sentent continuellement en stress chronique. Je leur est donc posé cette question :

## B. Vous laissez-vous envahir par ce stress ?

Tous ont répondu « non » à l'exception d'un soignant<sup>114</sup>. Ce dernier nuance sa réponse en disant que si son travail est fait correctement, le stress ne l'envahit pas.

D'après ces premières réponses, plusieurs facteurs de stress sont présents sur le lieu de travail et une grande majorité des soignants trouve des ressources pour ne pas se laisser envahir par le stress.

Nous pouvons donc nous diriger vers les ressources des soignants, soit vers les techniques de gestion du stress. A ce propos, voici mon hypothèse et mon objectif en lien direct avec la gestion du stress :

Hypothèse : Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out, c'est parce qu'elles ont des stratégies personnelles pour gérer leur stress professionnel.

Objectif : J'identifierai les stratégies personnelles qu'ont les infirmières en oncologie pour gérer leur stress professionnel en faisant des liens directs avec mes cadres de référence.

<sup>114</sup> Bien que mon échantillon comprenne des hommes et des femmes, le terme « soignant » est cité tout au long de l'analyse au masculin pour préserver l'anonymat des participants.

**C. Vous protégez-vous de ce stress sur votre lieu de travail ? Relance : si oui, de quelle manière ?**

Tous ont répondu « oui » à la question, excepté un soignant qui n'a pas encore trouvé de moyens pour faire face au stress sur son lieu de travail. Voici les techniques de gestion du stress utilisées par les participants en sachant qu'une personne peut en avoir cité plusieurs :

- se fixer des priorités et faire une chose après l'autre sont cités comme étant des techniques de gestion du stress par quatre soignants ;
- les discussions entre collègues et le fait de pratiquer des techniques de relaxation<sup>115</sup> sont mises en évidence par trois soignants. Est nommé également par trois soignants comme étant une technique de gestion du stress, le fait d'organiser son travail en faisant un plan de la journée ;
- Oser dire non, oser changer de patients<sup>116</sup> et s'arrêter quelques minutes sont cités par deux soignants.

D'autres techniques de gestion du stress propres à chaque participant sont exprimées :

- collaborer avec les autres soignants, évaluer chaque situation, ne jamais courir, être au clair avec son travail et dédramatiser ;
- anticiper le travail et donner de bonnes explications aux patients. Je cite : « *Quand tu sens que le patient est... bien... ça aide. Si tu as quelqu'un qui est... un petit peu nerveux... un petit peu plus difficile... et si tu lui expliques bien les choses... ça se passe généralement bien.* » ;
- enfin, écouter son corps en ressentant la fatigue et ses limites et agir de manière professionnelle.

Maintenant, voyons si les soignants doivent évacuer leur stress après leurs heures de travail. Voici la question posée aux soignants :

**D. Devez-vous évacuer votre stress professionnel après vos heures de travail ? Relance : si oui, de quelle manière ?**

A cette question, tous les participants ont répondu devoir évacuer leur stress après leur travail. Voici donc les techniques de gestion du stress utilisées après le travail en sachant qu'une personne peut en avoir cité plusieurs :

- faire du sport est cité par tous les soignants ayant participé à la recherche comme étant une technique pour évacuer le stress accumulé au travail ;
- écouter de la musique et pratiquer un instrument sont émis par trois soignants ;

<sup>115</sup> Dans ces techniques il y a par exemple les massages, des exercices de respiration, l'autohypnose, le yoga, des exercices de médiations, etc...

<sup>116</sup> Oser dire non et changer de patients se fait lorsque les situations sont lourdes psychologiquement pour les soignants.

- ne pas parler du travail à l'extérieur et regarder la télévision sont mis en évidence par deux soignants.

D'autres techniques de gestion du stress propres à chaque participant sont exprimées :

- jouer et rigoler avec un enfant et « vivre la vie à pleines dents » ;
- discuter avec des amis/es et rester tranquille ;
- pratiquer des techniques de relaxation et faire des activités plaisantes ;
- écouter la radio, conduire, faire de la lecture, aller au cinéma, faire de la cuisine et dormir suffisamment.

Maintenant que nous avons découvert les techniques de gestion du stress, observons les motivations qu'ont les soignants à travailler en oncologie. Pour moi, les motivations représentent, tout comme la gestion du stress, un moyen pour se protéger du burn out.

### **6.1.2 Mes découvertes en lien avec les motivations**

Avant de vous présenter les résultats obtenus en lien direct avec mon objectif et avec mon hypothèse, j'ai été curieuse de connaître les raisons qui ont poussé les participants à exercer une profession de soignant. Voici la question que je leur ai posée :

#### **E. Pourquoi travaillez-vous comme infirmiers/ères ?**

Voici les sources de motivations qu'ont les soignants à exercer leur profession (au sens général) en sachant qu'une personne peut en avoir cité plusieurs :

- le côté social de la profession, le contact avec les gens et la communication ont guidé cinq soignants dans l'engagement de leur profession ;
- quatre soignants ont évoqué le fait d'aider les gens, de se sentir utile et d'apporter quelque chose aux autres. L'aspect financier est mis également en évidence par quatre soignants comme étant une source de motivation : celle-ci est nommée comme étant une source secondaire de motivation ;
- deux soignants ont cités à part égale le côté technique et l'amour du travail au sens général.

D'autres motivations propres à chaque participant sont exprimées :

- la diversité de l'être humain et le côté stressant du travail ;
- la variété de la profession (urgences, soins à domiciles, gériatrie, pédiatrie, etc.) ;
- l'accomplissement d'un rêve d'enfant, la valorisation de la profession et le fait de responsabiliser les gens à travers leurs connaissances comme l'a exprimé un soignant : « *j'aime beaucoup le fait de pouvoir... responsabiliser les gens de par leurs connaissances... ça me rappelle un concept qu'on avait appris... à l'école,*

*le concept d' "Empowerment"<sup>117</sup> où... on se base sur les connaissances des gens pour... leur inculquer ce qu'ils savent déjà mais qu'ils doivent peut être un peu modifier... Et ça je trouve intéressant, c'est une des parties de mon métier que j'aime beaucoup. »*

A présent, ciblons-nous sur l'objectif et l'hypothèse en lien avec la motivation et voyons dans un premier temps les motivations des soignants à travailler en oncologie et dans un deuxième temps si le milieu de l'oncologie assouvit les motivations des soignants. Nous terminerons, dans un troisième temps, par le sens que mettent les soignants à leur travail.

**Hypothèse :** Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des motivations personnelles qui leur permettent d'exercer leur métier dans un tel service.

**Objectif :** J'identifierai et j'examinerai les motivations personnelles qu'ont les infirmières en oncologie à exercer leur profession dans ce service en faisant des liens directs avec mes cadres de référence.

Voici la question que j'ai posée aux participants :

|  |
|--|
| <b>F. Pourquoi exercez-vous votre profession dans un service d'oncologie ?<br/>Relance : quelles sont vos motivations à y travailler ?</b> |
|--|

C'est à travers cette question que j'ai réalisé que beaucoup de soignants avaient des motivations communes à travailler dans ce service. Les voici, en sachant qu'une personne peut en avoir cité plusieurs :

- la relation d'aide<sup>118</sup> et la communication avec le patient sont citées par tous les soignants comme étant les principales motivations à exercer leur profession dans ce service ;
- viennent ensuite, évoquées par cinq soignants, les connaissances et les surveillances en lien avec le cancer ;
- le niveau poussé des soins techniques est cité par trois soignants.

Les soignants parlent de la relation d'aide comme étant spécifique à l'oncologie car :

---

<sup>117</sup> « Eisen (1994) définit l'empowerment comme la façon par laquelle l'individu accroît ses habiletés favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative et le contrôle. Certains parlent de processus social de reconnaissance, de promotion et d'habilitation des personnes dans leur capacité à satisfaire leurs besoins, à régler leurs problèmes et à mobiliser les ressources nécessaires de façon à se sentir en contrôle de leur propre vie (Gibson, 1991 p. 359). Ce processus proactif est centré sur les forces, les droits et les habiletés des individus et de la communauté, plutôt que sur les déficits ou les besoins (Gibson, 1991, Anderson, 1996). » Tiré du site Internet suivant : Université de Montréal, « Empowerment », En ligne, Adresse URL : <http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.html#definition> (page consultée le 12 avril 2008)

<sup>118</sup> Vous trouverez, dans l'annexe VIII, une définition de la relation d'aide ainsi que des réflexions personnelles sur ce thème. Le livre de référence est le suivant : BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, 199 p.

- il existe un contact privilégié lié à la connaissance des gens étant donné qu'ils reviennent pour les cures de chimiothérapie (cité par trois soignants) ;
- les relations humaines sont intenses parce qu'il n'y a pas de sujets tabous et que le temps consacré aux patients est plus grand que dans les autres services (cité par deux soignants).

D'autres motivations propres à chaque participant sont exprimées :

- le fait qu'il y a rarement une routine, qu'il y a moins de protocoles que dans les autres services et qu'il y a une grande collaboration pluridisciplinaire. Cependant, un soignant me dit que : *« je pense que ce soir, par exemple... on doit mettre... la communication en deuxième plan... tellement il y a une charge de travail importante. Alors la motivation oui, je l'ai... mais tout dépend... des fois c'est difficile à les mettre en place, c'est difficile... d'avoir toutes ces motivations toujours à cent pour cent. C'est une réalité des soins. »*

Dans le même ordre d'idées, un autre soignant a mis en évidence sa frustration dans l'exercice de sa profession et me dit : *« je ne sais pas si je peux dire que le métier d'infirmière a changé mais... il a bien évolué... Maintenant c'est plus technique, c'est plus agressif... (...) Le contact me plaît... je ne changerai pas de profession dans le sens que... ça me plaît... La seule chose qui me frustre entre...guillemets... c'est que ça va vite. » ;*

- une importante prise en charge des familles et une prise en charge globale de chaque situation ;
- la bonne entente avec l'équipe.

A présent, passons à la question suivante. Grâce à elle, j'ai pu mettre en évidence les spécificités présentes dans un service d'oncologie.

**G. Pensez-vous que certaines actions quotidiennes sont spécifiques au service d'oncologie ? Relance : si oui, nommez-les. Sont-elles des sources de motivation ?**

Tous les participants ont répondu « oui » à la première question. Voici les actions ou les attitudes spécifiques à l'oncologie en sachant qu'un soignant peut en avoir cité plusieurs :

- la relation d'aide, en particulier l'écoute, est citée par six soignants. L'un d'eux a mis en évidence le fait que la relation d'aide ne devrait pas être spécifique à l'oncologie car : *« (...) tu es différent avec chacun... que ce soit ... selon son âge selon... ce qu'il a... la façon dont il comprend... quel est son parcours de vie également... (...) tu dois t'adapter au patient. » ;*
- les connaissances, les surveillances et les explications données au patient en lien avec les chimiothérapies, la radiothérapie et les chirurgies cancéreuses sont mises en évidence par six soignants. Ceci concerne tous les soins en lien direct avec le cancer ;
- l'accueil du patient est évoqué par un soignant.

Les soignants ont tous répondu que ces actions ou que ces attitudes sont sources de motivation. Penchons-nous alors sur la dernière question. Les réponses obtenues concernent le sens que mettent les soignants à leur travail. Voici la question :

**H. Que pensez-vous apporter à vos patients ? Est-ce une source de motivation au travail ?**

Ici, peu de similitudes ont pu être mises en évidence dans les réponses.

Deux soignants pensent apporter à leur patient du soutien, de l'écoute et une présence.

Tous les autres éléments présents ci-dessous sont propres à chaque soignant. Les réponses obtenues sont dans certains cas très proches mais leur signification n'est pas la même. Voici donc ce que chaque soignant pense apporter à ses patients :

- de la bonne humeur à travers un « Bonjour », un petit peu de « Ciel bleu », des soins de qualité, une présence lorsque le patient en a besoin, une possibilité d'exprimer leur avis et une notion sociale ;
- une possibilité d'extérioriser leurs sentiments, un soutien et un accompagnement ;
- de la sécurité, du réconfort, de l'espoir, de l'écoute et de la confiance ;
- du soutien, des informations adéquates et un climat favorable à leur santé, à leur guérison et à leur qualité de vie ;
- de la compréhension ;
- une présence, une écoute, une réponse à leurs questions et un appui pour se reposer ;
- un sourire et une relation d'aide efficace en captant le non-verbal lors des moments où les patients vont moins bien.

Tous ces éléments motivent le travail des soignants car ils en tirent une satisfaction personnelle et en lien avec le patient. Quatre soignants l'ont fait remarquer :

- le bonheur de voir sourire un patient, de voir qu'il se sent bien et qu'il commence peu à peu à s'ouvrir au personnel soignant ;
- la satisfaction de transmettre des informations à travers l'échange relationnel et le contentement du contact avec ses patients ;
- la satisfaction de permettre aux patients de passer un meilleur séjour possible et de mourir dignement ;
- le bonheur de voir la reconnaissance des malades et de se sentir apprécié.

### 6.1.3 Synthèse générale

Voici deux tableaux récapitulatifs des données recueillies. Le premier concerne la gestion du stress et le deuxième, les motivations. Mais avant cela, rappelons-nous la question à l'origine de tout ce travail :

Question de recherche : Pourquoi une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ?

Objectif :

J'identifierai les stratégies personnelles qu'ont les infirmières en oncologie pour gérer leur stress professionnel en faisant des liens directs avec mes cadres de référence ;

Hypothèse :

Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des stratégies personnelles pour gérer leur stress professionnel.

| Les techniques de gestion du stress utilisées sur le lieu de travail  | Les techniques de gestion du stress utilisée après le travail   |
|---|---|
| collaborer, évaluer la situation, structurer son travail, faire une chose après l'autre en commençant par les éléments vitaux, oser dire non à certaines situations, faire un plan de la journée, s'organiser (bon enchaînement des choses), anticiper, donner de bonnes explications aux patients, agir de manière professionnelle, refuser de travailler des heures sans faire de pause, marcher et non courir, dédramatiser les situations, s'isoler quelques minutes pour mobiliser des techniques de relaxation, ressentir sa fatigue et ses limites, s'arrêter quelques minutes, discuter avec ses collègues. | faire du sport, faire et écouter de la musique, jouer avec un enfant, ne pas discuter du travail ou en discuter avec son entourage, vivre la vie à pleines dents, rester tranquille, utiliser des techniques de relaxation, faire des choses qui plaisent, regarder la télévision, écouter la radio, conduire, dormir suffisamment (faire des siestes), faire la cuisine, faire de la lecture, aller au cinéma. |

Objectif :

J'identifierai et j'examinerai les motivations personnelles qu'ont les infirmières en oncologie à exercer leur profession dans ce service en faisant des liens directs avec mes cadres de référence ;

Hypothèse :

Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des motivations personnelles qui leur permettent d'exercer leur métier dans un tel service.

### Les motivations à travailler en oncologie

### Le sens du travail (Le sens que les soignants attribuent à leurs gestes)

Le côté communication et relationnelcar :

pas de sujet tabou, diversité de la communication, plus de temps avec les patients, plus de temps en présence, relation plus profonde liée à la gravité de la maladie, retour des patients pour les chimiothérapies, prise en compte des familles.

La mobilisation de connaissance en lien avec le cancer :

les surveillances, les explications, le niveau technique élevé.

Autres :

la bonne entente avec l'équipe, l'accueil des malades, la diversité des tâches, le petit nombre de protocole, la collaboration pluridisciplinaire.

Remarque générale :

charge de travail importante et maintien des motivations difficile, rythme de travail élevé et frustration.

un peu de « *ciel bleu* », un petit « *Bonjour* », de la bonne humeur, des soins de qualité, de la présence au bon moment, le choix des soins par les patients, une notion sociale, l'expression des sentiments par les patients, un soutien, un accompagnement, de la sécurité, du réconfort, de l'espoir (car les patients attendent beaucoup des soignants), de l'écoute, de la sécurité, de la confiance, des informations adéquates, un climat favorable à leur santé ou à leur guérison et à leur qualité de vie, de la compréhension dans les limites des connaissances,

une présence dans un moment de crise, une réponse à leur question (en collaboration avec les médecins), un appui sur lequel ils peuvent se reposer (une personne relais), un sourire, une observation minutieuse (observation du comportement non-verbal).

Je conclurai la présentation des données de la manière suivante :

A l'aide de mon outil de travail, soit l'entretien semi-directif, j'ai pu obtenir des réponses à mes deux sujets de recherche qui portent sur la gestion du stress et les motivations.

A présent, laissons place à l'analyse des données.

## **6.2 L'analyse des données**

### **6.2.1 Retour sur la problématique**

Comme vous avez pu le constater, ma problématique (chapitre 3) se divise en quatre parties. Ici, les données recueillies auprès des participants seront analysées à partir de l'importance du problème vue par la responsable du service d'oncologie et à partir de la question de recherche. Les hypothèses et les objectifs seront, quant à eux, traités après l'analyse des données liées aux deux cadres de référence. A présent, commençons donc cette démarche par un retour concernant l'importance du problème.

#### **6.2.1.1 L'importance du problème**

C'est à partir de l'importance du problème que ma recherche a pris une tournure positive en se dirigeant vers la prévention du burn out à travers les techniques de gestion du stress et les motivations.

Tous les participants à l'étude m'ont dit être stressés au travail. Selon leurs dires, les facteurs de stress sont nombreux<sup>119</sup>, ce que l'infirmière-chef du service m'a confirmé. Ma constatation est la suivante : les principales réponses que m'a fournies l'infirmière-chef sur les causes de stress dans son service et les principales réponses obtenues par les participants à mon étude sur ce sujet correspondent majoritairement<sup>120</sup>. Je tiens à préciser qu'il ne s'agit pas de mettre en confrontation le vécu de l'infirmière-chef et le vécu des soignants par rapport au stress. La réflexion globale découlant de ces résultats est que l'infirmière-chef connaît bien ses soignants et son service. Je pense que ses connaissances sont directement liées à l'écoute des plaintes de son personnel et à une étroite collaboration avec eux.

Nous avons vu dans le cadre de référence traitant du burn out que les facteurs de stress à l'hôpital (chapitre 4, point 4.2) sont nombreux. Quelques facteurs de stress ont été nommés par l'infirmière-chef et par les participants à l'étude : ils font principalement partie des stressés dus aux conditions de travail<sup>121</sup>. Voici les liens que je peux mettre en évidence :

---

<sup>119</sup> Les sources de stress sont présentées dans le chapitre 6, point 6.1.1, question A.

<sup>120</sup> Des déplacements inutiles sont mis en évidence par deux soignants comme étant des causes de stress. Je ne peux préciser s'il s'agit de déplacements inutiles liés à l'organisation du service ou non mais ces derniers n'ont pas été mentionnés par l'infirmière-chef.

<sup>121</sup> Les stressés dus aux conditions de travail sont développés dans le chapitre 4, point 4.1.2.3

L'impact des pathologies est un facteur de stress pour les soignants. Je l'ai cité précédemment<sup>122</sup> : le métier de soignant est moins stressant en maternité qu'en oncologie. Après réflexion, je nuance ma position :

Quatre soignants et l'infirmière-cheffe évoquent comme facteurs de stress les situations de patients jeunes<sup>123</sup> et tout patient dont l'état de santé se péjore. Ici, le cancer n'est pas nommé comme facteur de stress : ce sont les situations difficiles qui génèrent du stress aux soignants. La nuance que je tenais à mettre en évidence est la suivante : les situations difficiles sont aussi présentes en maternité et sont source de stress. Donc, le personnel en maternité peut aussi être stressé par les situations rencontrées. Mais je pense que le nombre de situations difficiles est plus grand en oncologie qu'en maternité.

D'autre part, trois soignants et l'infirmière-cheffe mettent aussi en évidence l'importance de la charge de travail et les moments de « boom » comme facteurs de stress. Ces derniers font partie du système des 5M dans les stressés environnementaux (chapitre 4, point 4.1.2.3) et occupent une place importante dans l'épuisement professionnel. La réflexion que je me suis faite concernant la charge de travail est la suivante : il est important pour tout soignant d'être attentif à l'arrivée de tâches supplémentaires<sup>124</sup> et de faire remarquer verbalement à l'infirmière-cheffe qu'il s'agit là d'une nouvelle tâche. Par la suite, il serait nécessaire d'oser demander de supprimer une ancienne tâche pour que la charge de travail cesse d'augmenter.

Par rapport à cette réflexion, ce que je peux mettre en évidence est que, de manière naturelle, les soignants réduisent une part importante de leur travail, soit la présence et la communication avec leurs patients, afin de répondre à des tâches administratives par exemple. Cependant, réduire le temps d'échange et de présence avec les patients n'est pas souhaitable car la relation fait partie intégrante du métier. Il est donc impossible de la supprimer totalement pour laisser place à une nouvelle tâche. Par conséquent, les soignants se plaignent de la charge de travail trop importante. En lien avec ce développement, un soignant a mis en évidence comme facteur de stress le fait de ne pas être suffisamment proche des patients et le fait d'avoir de la difficulté à répondre aux besoins du malade quand il en a besoin. Ceci est en lien direct avec l'arrivée de nouvelles tâches<sup>125</sup> qui empiètent sur le temps consacré aux malades.

Finalement deux soignants évoquent les déplacements inutiles. Dans le système des 5M, les matières premières sont nommées comme source de stress si elles ne sont pas à leur place ou sont en nombre insuffisant. En effet, une telle situation impose aux soignants des déplacements inutiles. Ces derniers sont évoqués par deux soignants qui ne précisent pas s'il s'agit ou non d'une mise à disposition insuffisante des matières premières.

---

<sup>122</sup> La réflexion est citée dans le chapitre 4, point 4.1.2.3

<sup>123</sup> Les patients jeunes sont évoqués car une identification à leur situation par les soignants d'âge semblable se fait plus facilement.

<sup>124</sup> La tâche supplémentaire va augmenter la charge de travail. Il peut s'agir de nouvelles démarches informatisées, de nouvelles technologies, de démarches administratives, etc...

<sup>125</sup> Ce soignant fait référence à l'arrivée de l'informatique et aux examens qui deviennent de plus en plus nombreux.

Nous voyons ici que de nombreux facteurs de stress sont présents dans le service d'oncologie et pourraient, à première vue, provoquer un burn out chez les soignants. Cependant, si nous continuons notre lecture de l'importance du problème, nous pouvons mettre en évidence que de l'année 2000 jusqu'à début 2007, l'infirmière responsable a eu dans son équipe soignante deux à trois infirmières qui ont quitté le service pour des raisons personnelles<sup>126</sup> et non pour cause de burn out, d'où ma question de recherche.

### **6.2.1.2 La question de recherche**

Pourquoi une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ?

Pour moi, le stress décrit ci-dessus par les soignants et par l'infirmière-chef est canalisé et réduit à un niveau tolérable. C'est pourquoi si peu de soignants ont fait un burn out durant ces années. Ce constat est confirmé de la manière suivante :

Durant mes entretiens, je me suis intéressée à savoir si les soignants se laissaient envahir par le stress. Ceux-ci ont tous répondu qu'ils ne se laissaient pas envahir par le stress à l'exception d'un soignant qui a répondu de manière nuancée. Une majorité de soignants se protège donc du stress rencontré sur leur lieu de travail. Mais cela est-il suffisant ? Ma réponse est « non ».

C'est pourquoi je me suis dirigée non seulement vers les techniques de gestion du stress mais aussi vers les motivations des soignants. Ces derniers ont des motivations qui leur permettent de travailler en oncologie et qui les protègent du burn out. Je tiens à préciser que ce n'est pas si simple car le burn out est sournois. Mais si le personnel sait se protéger et s'il est motivé, le risque de faire un burn out diminue.

A présent, il est temps d'effectuer un retour sur les cadres de référence.

## **6.2.2 Retour sur les cadres de référence**

### **6.2.2.1 La gestion du stress**

Nous avons découvert que, selon le témoignage de l'infirmière-chef, aucune plainte n'est venue à elle concernant la mise à disposition du matériel<sup>127</sup>. Elle précise que le temps pour les rapports est suffisant, qu'il y a chaque six semaines des groupes de paroles supervisés par un psychiatre. Elle témoigne aussi que les relations infirmières-médecins sont bonnes et qu'une formation post-grade existe. Il s'agit là des moyens que se donne l'infirmière-chef pour protéger ses soignants du burn out. A présent, je pense intéressant d'analyser les moyens individuels que s'accordent les soignants pour gérer leur stress.

---

<sup>126</sup> Je vous rappelle que ces deux à trois soignants ont quitté le service pour plusieurs raisons : l'augmentation de la charge de travail, la mise en place du Réseau Santé Valais, le côtoiement de la souffrance et de la mort, etc...

<sup>127</sup> Je tiens à préciser que son témoignage a été recueilli en janvier 2007. De ce fait, les éléments cités ici ont pu évoluer.

L'échantillon de ma recherche comprend sept soignants n'ayant pas fait de burn out. De ce fait, ces derniers, confrontés régulièrement à de multiples facteurs de stress sur leur lieu de travail, n'atteignent pas le troisième stade du stress décrit par Hans Selye, soit le stade d'épuisement<sup>128</sup>. Pour moi, cela signifie que, durant le deuxième stade dit de résistance, des ressources sont exploitées par chaque soignant afin de réduire ce stress à un niveau tolérable. Il s'agit des techniques de gestion du stress : elles ne sont pas les mêmes sur le lieu de travail qu'en dehors.

× *Les techniques utilisées sur le lieu de travail*

En règle générale, elles sont orientées vers les problèmes<sup>129</sup>. De ce fait, les soignants affrontent le stress, en cherchant la cause, expriment leurs émotions à travers des discussions, reconnaissent leurs limites et se questionnent pour y faire face. Ceci est dû au fait que c'est sur le lieu de travail que les facteurs de stress peuvent être modifiés. Grâce à mon échantillon, je peux mettre en évidence les réflexions qui suivent.

L'un des soignants dispose d'une grande palette composée de diverses techniques. Certaines sont semblables à ses collègues et d'autres lui sont propres. Toutes ces techniques sont utilisées à des moments différents car leur utilité variera en fonction de chaque situation. Je pense que le fait d'en posséder plusieurs permet une meilleure adaptation aux multiples causes de stress ; cependant il faut savoir les mobiliser en temps voulu.

En ce qui concerne les techniques d'un autre soignant, je peux faire ressortir le fait qu'aucune d'elles sont propres à lui. Cependant, cela ne veut pas signifier qu'il a plus de risque de s'épuiser que son collègue. Je pense qu'il s'agit d'être à l'aise avec ses ressources et de savoir les mobiliser en temps voulu.

Les techniques de relaxation<sup>130</sup> mobilisées par trois soignants ont aussi attiré mon attention. En effet, je ne saurai dire si elles sont orientées vers les problèmes ou vers les émotions : en se relaxant, la personne affronte le stress en se mettant quelques instants dans un état second, un état centré sur elle-même et, par ce même mécanisme, la personne évacue le stress.

Deux soignants s'autorisent des petits instants de pause. Je trouve que sur un échantillon de sept personnes, peu de soignants reconnaissent leurs limites et s'accordent un temps d'arrêt. Seulement un soignant m'a témoigné qu'il écoutait son corps en ressentant la fatigue et ses limites. Cette constatation me questionne car, moi-même, sur le lieu de travail, je ne m'accorde pas un temps d'arrêt. En effet, j'ai plutôt tendance à me fixer des priorités, à organiser mon travail tout en continuant à bouger physiquement. Ma réflexion est la suivante :

En se fixant des priorités et en s'organisant, le mental est quelque peu apaisé car il a trouvé une solution. Mais, parallèlement, le corps est toujours en mouvement, il est donc toujours excité car le surplus d'énergie n'est pas totalement retombé.

---

<sup>128</sup> Les trois stades sont décrits au chapitre 4 point 4.2.1 « Définition du stress ».

<sup>129</sup> Les techniques orientées vers les problèmes sont décrites dans le chapitre 4, point 4.2.2.3 « Les techniques de gestion du stress ».

<sup>130</sup> Pour rappel, il y a par exemple, le yoga, les techniques de respiration, les massages, l'auto-hypnose, etc...

Les questions que je me pose sont les suivantes : avec le temps, notre corps ne va-t-il pas s'exprimer pour nous dire « stop » ? Est-ce que nos jambes ressentent l'apaisement lorsqu'on s'est fixé des priorités ou lorsqu'on a organisé notre travail ?

Je reconnais qu'il y a un lien étroit entre notre mental et notre physique. Je pense aussi que, mentalement, l'être humain se surestime dans ses capacités. Dans ce cas, il pensera que le stress est canalisé par le seul fait de se fixer des priorités et d'organiser son travail. Mais je dis « attention » car le stress n'est pas aussi facile à réduire et, si notre mental ne dit pas « stop », c'est notre corps qui le dira. Dès lors, la personne somatisera en ayant, par exemple, des douleurs dorsales. Alors, il faut prendre garde car le burn out peut déjà consumer l'énergie de la personne.

Avant de conclure cette première partie sur les techniques de gestion du stress utilisées sur le lieu de travail, je dirai que les soignants de cet échantillon adoptent des attitudes très positives<sup>131</sup>. Trois d'entre eux discutent de leurs sentiments face à certaines situations difficiles : ils cultivent leur jardin relationnel. De même, deux soignants osent dire « non » : ils font donc appel à leurs collègues. Trois soignants utilisent la technique de l'organisation du travail (planification) car ils ont une approche réaliste et concrète des exigences du travail. Aucun des soignants de mon échantillon n'a cité des techniques « pièges » comme l'évitement, la froideur, la rigidité, etc...

Je pense que les techniques sur le lieu de travail sont orientées vers les problèmes car j'ai constaté à travers les témoignages que ce n'est pas sur le lieu de travail qu'on évacue le stress. Imaginez-vous évacuer le stress au fur et à mesure qu'il arrive en n'ayant aucun recul par rapport à la situation : les soignants se défouleraient sur leurs collègues et sur leurs patients en ayant recours à des comportements et des paroles totalement impensables<sup>132</sup>. Je pense que si on laisse parler constamment nos émotions sans retenue, aucune vie sociale n'est possible.

Les soignants ont donc recours sur leur lieu de travail à des techniques principalement orientées vers les problèmes. De ce fait, ils font face au stress et le gèrent intérieurement afin de le canaliser et de l'oublier momentanément. En cas de besoin, il sera évacué plus tard par des activités plaisantes et acceptables par la société.

A présent, observons les techniques utilisées par les participants à l'étude lorsque ceux-ci terminent leur journée de travail.

#### × *Les techniques utilisées après les heures de travail*

Après leur travail, les soignants ont recours à de toutes autres techniques. Ces dernières sont orientées vers les émotions<sup>133</sup>. Il s'agit donc d'évacuer les

---

<sup>131</sup> Les attitudes positives sont décrites dans le chapitre 4, point 4.2.2.2 « Des attitudes positives ». Dans ce paragraphe je fais aussi un lien avec le chapitre 4, point 4.2.2.1 « Des pièges à éviter »

<sup>132</sup> Ce que j'entends par impensable c'est des paroles et des comportements violents et provocateurs.

<sup>133</sup> Les techniques orientées vers les émotions sont décrites dans le chapitre 4, point 4.2.2.3 « Les techniques de gestion du stress ».

émotions accumulées durant le travail grâce à des activités plaisantes. J'ai pu mettre en évidence ce qui suit.

Le sport est cité par tous les participants à l'étude. Ceci m'a fortement étonnée puisque notre société se dirige plutôt vers la sédentarité<sup>134</sup>. Nous voyons ici que le sport permet d'évacuer les émotions. En plus, dans la gestion du stress, le sport<sup>135</sup> apparaît comme une attitude très positive car il permet de faire une activité qui plaît, d'avoir du contact avec l'extérieur, de s'aérer, de diriger son attention sur quelque chose de bénéfique pour le mental et pour le corps et, enfin, de s'évader. De plus, c'est souvent à travers lui que les émotions et le stress accumulés au travail seront évacués de manière acceptable par la société. Retenons que d'autres bienfaits du sport sont en lien direct avec la santé physique de la personne<sup>136</sup>.

A travers les réponses qui m'ont été fournies par les participants à l'étude, j'ai aussi pu mettre en évidence une différence entre les infirmières et les infirmiers. Après les heures de travail, les hommes évitent de parler de leur quotidien professionnel. Ils me disent que d'en parler remue les émotions au lieu de les évacuer. Deux participants sur trois me l'ont fait remarquer.

Les femmes, quant à elles, ont tendance à exprimer leurs émotions professionnelles, après les heures de travail. Elles se dirigent principalement vers des amis(es) ou vers leur famille<sup>137</sup>. Cette réponse m'a été donnée par une soignante. Bien qu'il ne s'agisse que d'un témoignage, je pense que les femmes parlent plus de leurs émotions que les hommes. Pour arriver à cette idée, je me base sur ma vie quotidienne et sur mes expériences. Les discussions qui permettent l'expression des émotions sont une technique orientée vers les problèmes.

En résumé, je constate que les hommes utilisent les techniques orientées vers les émotions (sport principalement) pour évacuer le stress après les heures de travail. Ceci ne suffit pas aux femmes qui, en plus, ont recours à des techniques orientées vers les problèmes (discussions sur les problèmes professionnels avec le cercle d'amis(es) ou la famille).

#### × Conclusion des techniques de gestion du stress

L'idée générale que j'ai tirée de toutes les réponses obtenues concernant les techniques de gestion du stress et du déroulement de mes entretiens est la

---

<sup>134</sup> « En Suisse, un tiers de la population pratique une activité physique insuffisante ou nulle. Le nombre des personnes inactives est en progression, notamment chez les femmes, les personnes âgées, les personnes disposant d'un revenu modeste, et particulièrement en Suisse romande et au Tessin. » Santé et sport, « Activité physique et santé » [En ligne]. Adresse URL : [www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport\\_Santé\\_Document\\_de\\_base.pdf](http://www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport_Santé_Document_de_base.pdf) (page consultée le 30 mars 2008)

<sup>135</sup> Les participants à l'étude font du sport à l'extérieur de chez eux soit en faisant du tennis et des promenades. D'autres sports sont sans doute pratiqués mais ils ne m'ont pas été dévoilés.

<sup>136</sup> Par exemple, le sport apporte une meilleure qualité au sommeil, prévient l'ostéoporose et renforce le cœur. Tiré du site Internet suivant : Santé et sport, « Activité physique et santé » [En ligne]. Adresse URL : [www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport\\_Santé\\_Document\\_de\\_base.pdf](http://www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport_Santé_Document_de_base.pdf) (page consultée le 30 mars 2008)

<sup>137</sup> Je tiens à préciser qu'il s'agit d'exprimer leurs ressentis et leurs émotions. Le secret professionnel et le secret de fonction ne sont pas trahis.

suivante : les soignants du service étudié sont soudés entre eux et s'entraident particulièrement.

D'autre part, je constate que les techniques utilisées sont à la portée de tout individu et n'ont pas de particularité frappante. Elles pourraient être utilisées par toute infirmière de n'importe quel service.

Pour terminer, je tiens à préciser que j'ai été interpellée par le fait qu'au travail les techniques sont orientées vers les problèmes : il faut affronter le stress pour tenter de le canaliser et pour le rendre supportable. Tandis qu'à l'extérieur du travail, les techniques sont orientées vers les émotions : après le travail, il faut évacuer le stress par des activités plaisantes.

Maintenant que mon analyse sur les techniques de gestion du stress est développée, examinons la suivante qui aura comme sujet principal les motivations.

### 6.2.2.2 *Les motivations*

Comme vous avez pu le constater lors de la présentation des données (chapitre 6, point 6.2.2), les soignants de ce service ont des motivations spécifiques à l'oncologie et mettent un sens à leur travail. Avant de détailler ces deux points, je pense qu'il est intéressant d'analyser les motivations qui ont poussé les soignants de mon étude à s'engager dans une telle profession.

#### × *Les motivations qui ont poussé les soignants à choisir leur profession*

L'aspect social de la profession est cité comme principale source de motivation par cinq soignants. Viens en deuxième position, le fait d'aider les gens et de se sentir utile. Cette motivation est nommée par quatre soignants et est particulièrement bien vue par la société. En effet, des éloges telles que : « vous êtes courageuse ! », « pour être infirmière, il faut être fait pour ce métier ! », « merci pour tout ce que vous faites ! », etc. sont très souvent exprimées par les gens. Le métier d'infirmière apporte donc presque continuellement, de la part de la société, des sentiments de satisfaction. L'infirmière aurait-elle choisi son métier pour combler un manque d'affection lors de son enfance ? Dans ce travail une réponse détaillée et argumentée ne vous sera pas proposée car elle déborderait sur un sujet complexe qui ne concerne pas directement le thème de cette recherche. Pour ma part, mes motivations à devenir infirmière vous ont été précédemment présentées<sup>138</sup>.

Remarquons que les motivations des soignants travaillant dans des milieux de soins plus spécifiques, comme en salle d'opération ou au laboratoire, peuvent être orientées différemment : l'aspect technique pourrait être mis comme première source de motivation par exemple.

Grâce aux témoignages des participants à mon étude, j'ai aussi pu faire ressortir une autre source de motivation qui me paraissait intéressante : l'aspect financier de la profession. Nommé par quatre participants, l'aspect financier permet de

---

<sup>138</sup> Vous trouverez mes motivations au chapitre 2.

subvenir à ses besoins tels que boire, manger avoir un toit et se vêtir. Cependant, il n'est pas nommé comme étant une motivation première dans le choix de cette profession. Ma réflexion en lien avec mon cadre de référence sur la motivation et plus particulièrement sur la théorie de J. Nuttin (chapitre 4, point 4.3.2) est la suivante : l'engagement dans la profession de soignant est principalement motivé de manière intrinsèque. En effet, les soignants pratiquent leur profession pour leur propre plaisir. L'aspect financier quant à lui fait partie des motivations extrinsèques. De ce fait, le soignant travaille d'abord par amour pour son métier est ensuite pour gagner sa vie. Les résultats obtenus dans cette recherche me permettent donc d'affirmer que le travail des soignants ayant participé à l'étude comprend des sources intrinsèques et une source extrinsèque. Je pense que de réunir les deux sortes de motivations renforce l'envie de travailler car, étant donné que les motivations intrinsèques peuvent disparaître par moments<sup>139</sup>, le soignant peut continuer à se motiver en mettant son attention sur la source de motivation extrinsèque.

Je pense qu'il est primordial dans une telle profession d'avoir surtout des motivations intrinsèques. En effet, le soignant côtoie régulièrement la souffrance, la maladie, la colère, la tristesse, etc... Il est donc important qu'il tire de son travail un plaisir personnel car, sans cela, il s'épuiserait.

Venons-en aux motivations spécifiques aux soignants qui travaillent en oncologie.

- x *Les principales motivations des soignants à exercer leur profession en oncologie*
- Comme vous avez pu le constater dans ce chapitre au point 6.2.1, question F, la relation d'aide et la communication avec le patient sont les motivations principales de tous les participants à l'étude. J'ai été étonnée de découvrir que la relation d'aide occupe une place aussi importante dans les motivations des soignants. Pour tout vous dire, je pensais que les résultats allaient plutôt se diriger vers les soins techniques. En effet, je voyais, par exemple, la préparation d'une chimiothérapie comme un geste technique très poussé qui aurait pu être source de motivation. A ce propos, le niveau élevé des soins techniques est cité également par trois soignants. Parmi eux, deux soignants sont des hommes. Peut-être les hommes ont-ils aussi besoin d'éléments concrets et techniques pour motiver leur travail de soignant ? A ce sujet, il serait intéressant dans une autre étude de connaître les principaux domaines de soins où les hommes exercent leur travail.

Pour revenir à la relation d'aide, j'ai réalisé l'importance de l'échange humain dans le milieu de l'oncologie. Aimant moi-même la communication et le contact avec les gens, mes représentations de ce milieu sont devenues plus positives grâce aux témoignages des participants à l'étude.

A présent, je pense qu'il est temps de faire un lien avec mes cadres de référence. Nous avons vu dans le cadre de référence sur le burn out au chapitre 4, point 4.1.2.3, que la relation d'aide fait partie des stressseurs dus aux conditions de travail. Si l'implication du soignant est trop élevée, un stress va naître. Si ce

---

<sup>139</sup> Dans le chapitre 6, point 6.1.1, question F, deux soignants mettent en évidence que leurs motivations ne sont pas toujours à cent pour cent car la charge de travail est trop importante.

dernier n'est pas canalisé à l'aide des techniques de gestion du stress, il peut mener le soignant vers l'épuisement. Cependant, tous les soignants ayant participé à mon étude citent la relation d'aide comme principale source de motivation à exercer leur profession en oncologie. De ce fait, je pense qu'ils savent garder une bonne distance, soit une distance thérapeutique<sup>140</sup>.

Selon les témoignages des participants à l'étude, cette relation est spécifique au service d'oncologie parce que les patients reviennent régulièrement pour les cures de chimiothérapies, parce que les soignants ont plus de temps avec les patients et qu'il n'y a pas de sujet tabou. Cette relation n'est-elle pas aussi spécifique par les représentations que se font les participants à l'étude de leur milieu de travail ? En cas de réponse affirmative, la relation d'aide est présente dans chaque service et y est considérée tout autant comme étant spécifique.

La relation d'aide est une motivation intrinsèque. Elle assouvit un plaisir personnel des soignants que sont l'aspect social de la profession, le fait d'aider les gens et de se sentir utile. Elle répond au plaisir de causalité<sup>141</sup> : c'est à travers elle que les soignants agissent, interviennent et font évoluer la situation. Je pense que la relation d'aide n'est pas négligeable. Je peux dire que chaque geste en relation avec le malade apporte une satisfaction au soignant et, donc, le motive. Sans cela, il n'y aurait pas d'action, pas d'envie de communiquer et pas d'envie d'agir. Donc, je me pose la question suivante : l'homme peut-il faire une action sans en tirer une satisfaction ?

Pour moi, la réponse est négative. Il me semble même important que l'être humain tire une satisfaction personnelle dans une action. En effet, c'est grâce à cette satisfaction que l'homme s'investira dans ce qu'il fait et sera réceptif à son environnement. Pour qu'un soignant puisse être réceptif aux demandes exprimées ou non-exprimées verbalement du patient, il doit avoir des sources de motivation pour exercer sa profession et pouvoir en tirer une ou plusieurs satisfactions personnelles. Sans cela, il finira par ne plus trouver de sens à son travail et s'épuisera.

Je pense que l'épuisement pourrait survenir si les motivations des soignants ne sont plus là et si le sens<sup>142</sup> du travail s'estompe peu à peu. Compte tenu de l'importance qu'accordent les soignants à l'échange humain, je pense que le taux d'épuisement professionnel risque d'augmenter. Je m'explique.

Dans leur témoignage (chapitre 6, point 6.2.1, question F), deux soignants précisent que leurs motivations ne sont pas toujours à cent pour cent car ils n'ont plus le temps pour discuter avec les patients (augmentation de la charge de travail et personnel insuffisant). Ces deux soignants ont spontanément exprimé

---

<sup>140</sup> Pour moi, la distance thérapeutique signifie que le soignant est suffisamment près du patient pour entendre et répondre à ses besoins mais est aussi suffisamment éloigné pour ne pas entrer dans une relation fusionnelle d'amis. Sans cela le soignant se laisserait envahir par les émotions et le stress présent dans la situation.

<sup>141</sup> Le plaisir de causalité vous est présenté dans la théorie de J. Nuttin au chapitre 4, point 4.3.2.

<sup>142</sup> Le sens que mettent les soignants à leur travail vous est présenté au chapitre 6, point 6.1.2 question H et sera analysé dans le prochain point.

ce témoignage en dehors de toute question d'entretien. Qu'auraient répondu les cinq autres participants si ce thème avait été une question d'entretien ?

Je pense qu'il est temps de réagir car en 2008 une bonne infirmière doit avoir du rendement, doit prendre du temps pour prouver les gestes qu'elle fait, doit travailler rapidement et doit fournir à ses patients des soins de qualité. Je pense que le fait de travailler rapidement va à l'encontre des soins de qualité et à l'encontre de la relation d'aide.

En effet, pour avoir une relation de confiance avec un patient, il faut prendre du temps pour lui, prendre du temps pour assouvir ses besoins et prendre du temps pour communiquer. Pour moi, il y a trois solutions pour le futur: soit les soignants refusent d'effectuer des tâches supplémentaires<sup>143</sup>, soit ils modifient leurs motivations, soit les politiques augmentent les effectifs en personnel. Si aucun changement n'a lieu, je pense que le personnel se dirige vers un épuisement. Nous voyons bien ici l'influence de la motivation sur l'évitement du burn out.

*« Quand on veut ne rien faire, on trouve toujours un prétexte. Quand on veut agir, on trouve toujours un moyen. »*<sup>144</sup>

Anonyme

Dans cette étude, j'ai aussi pu mettre en évidence, involontairement, un élément qui me semble logique et qui est intéressant à développer. Il s'agit de l'orientation professionnelle des soignants diplômés. Nous avons vu dans ce chapitre au point 6.2.1, question G, que le service d'oncologie offre des prestations de soins spécifiques. Nommées par six soignants, la relation d'aide et particulièrement l'écoute sont citées comme étant spécifiques<sup>145</sup> au milieu. Les connaissances, les surveillances et les explications données au patient en lien avec les chimiothérapies, la radiothérapie et les chirurgies cancéreuses, soit tous les soins en lien direct avec le cancer, sont cités par six soignants comme étant aussi spécifiques au service. La constatation que j'ai faite est la suivante : les soignants orientent le choix de leur milieu de travail en fonction de leurs motivations. En effet, nous avons vu dans ce point que l'aspect social de la profession, le fait d'aider les gens et de se sentir utile sont des motivations qui ont guidé les soignants à choisir leur profession. Les soignants ont donc naturellement un intérêt pour la communication. De ce fait, le milieu de l'oncologie assouvit cet intérêt car, selon les témoignages des soignants, la relation est spécifique. Je pense que cette spécificité provient du fait que la maladie cancéreuse est remplie de représentations qui font peur. Il est donc important que du temps soit accordé aux soignants pour que ceux-ci puissent expliquer au patient sa maladie et tous les soins en découlant. Du temps devrait également être mis à disposition des soignants pour écouter et répondre du mieux possible aux besoins de chaque malade.

<sup>143</sup> Nous avons vu dans le chapitre 6, point 6.3.1.1 que la charge de travail est augmentée lorsque les soignants ont une nouvelle tâche à effectuer.

<sup>144</sup> CHOQUE, S et J., *Guide anti-stress : le bien-être des soignants*. Ed. Lamarre, Paris, 1993, p.117

<sup>145</sup> Les spécificités de la relation d'aide sont décrites au chapitre 6, point 6.1.2, question F.

A présent, penchons-nous sur l'analyse du sens que les soignants mettent à leur travail.

× *Le sens donné aux actions professionnelles*

Lors des entretiens, j'ai constaté que chaque participant donnait un sens personnel à son travail en citant des éléments non évoqués par les autres participants<sup>146</sup>. Seuls deux éléments ont été mis en avant comme sens par deux soignants : l'écoute et le soutien. Ce sens motive tout acte envers les patients.

Il faut remarquer que la même situation est vécue par chaque personne de manière différente puisque chacun a son vécu. Le sens varie donc selon la personne.

En lien avec le monde hospitalier, j'ai pu mettre en évidence deux constats:

Voici le premier : malgré tout ce que les participants à mon étude ont appris durant leur formation à l'école de soins infirmiers ou durant leur formation post-grade et malgré toutes les paroles concernant la profession, chaque soignant a sa propre vision des soins. Ceci influence aussi le sens que le soignant a dans l'accomplissement de sa tâche.

Le deuxième est le suivant : par cette diversité de visions des soins, la profession de soignant représente un véritable travail d'équipe. En effet, c'est grâce à cette diversité que le patient trouvera chez un ou plusieurs soignants l'aide recherchée, ce qui lui permettra de passer un meilleur séjour possible. Je pense que c'est en unissant nos forces que le patient trouvera au mieux sa place car chaque soignant est unique.

En conclusion, pour qu'il y ait un acte envers le patient, il faut une source de motivation de la part du soignant. Le soignant trouve sa motivation dans le sens qu'il donne à son travail. Autrement dit : en l'absence de sens, il n'y a pas de motivation et le burn out peut s'installer.

*« Le premier travail d'un manager n'est pas d'apporter la motivation mais de supprimer les obstacles. »<sup>147</sup>*

Scott Adams

× *Conclusion des motivations*

Pour conclure le point sur les motivations, je dirai que les sources principales de motivation sont la relation d'aide, puis les soins techniques avec toutes les connaissances qu'ils impliquent. Les motivations sont principalement

---

<sup>146</sup> Les éléments de sens que pensent apporter les soignants à leur patient vous sont présenté au chapitre 6, point 6.1.2, question H.

<sup>147</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

intrinsèques, cependant l'aspect financier est cité par les soignants comme une motivation extrinsèque.

Quant au sens, il est le moteur de toutes les motivations. En l'absence de sens, il n'y a pas de motivation et, par conséquent, pas d'action.

Arrêtons-nous quelques instants sur la synthèse de l'analyse.

### **6.2.3 Synthèse de l'analyse**

D'une part, nous avons vu que des facteurs de stress sont présents et spécifiques au milieu hospitalier. Certains facteurs ne peuvent être totalement enlevés car ils font partie intégrante du rôle infirmier. De ce fait, c'est au soignant de gérer ce stress qui lui est soit naturellement imposé par le milieu, soit imposé par l'arrivée de tâches supplémentaires. Dans ce dernier cas, c'est aux soignants d'oser dire non. C'est grâce à la mobilisation de diverses techniques orientées principalement vers les problèmes qu'ils pourront faire face au stress sur leur lieu de travail. Durant leurs heures de loisirs, ils mobiliseront des techniques principalement orientées vers les émotions dans le but d'évacuer le stress accumulé au travail.

D'autre part, j'ai réalisé l'importance de maintenir et de respecter la spécificité de chaque domaine de soins car c'est elle qui motive le soignant dans l'exercice de son rôle.

Je terminerai en disant que plus les soignants sont informés des techniques de gestion du stress, plus ils les connaissent et plus ils les mobilisent : l'exercice de leur profession sera facilité et de meilleure qualité. En parallèle, plus les soignants connaissent leurs motivations à exercer leur travail dans un milieu spécifique, plus ils les expriment et plus ils les défendent : la communication avec les supérieurs se fera mieux.

Je suis convaincue qu'en unifiant les deux outils que sont la gestion du stress et les motivations, on pourra prévenir le burn out. Par exemple, par la formation de groupes de parole inter-services hospitaliers, le personnel pourrait aller à l'encontre du burn out car il échangerait les manières de lutter contre le burn out.

### **6.3 Retour sur les hypothèses<sup>148</sup> et les objectifs de recherche**

Grâce à mon outil de travail, soit l'entretien semi-dirigé, j'ai pu mettre en évidence un nombre important de techniques de gestion du stress utilisées par les soignants sur leur lieu de travail<sup>149</sup> et après leur travail. Je me rends bien compte que d'autres techniques plus spécifiques auraient pu être présentes et analysées si mon échantillon était plus grand ou si d'autres personnes avaient participé à ma recherche. Cependant, pour mon analyse, cet échantillon m'a permis de faire des réflexions sur les données recueillies et de les mettre en lien avec mon cadre de référence. Je terminerai ce développement en disant que les techniques de gestion

---

<sup>148</sup> Les hypothèses et les objectifs de recherche vous sont présentés au chapitre 3, point 3.4

<sup>149</sup> Les techniques utilisées sur le lieu de travail sont décrites dans le chapitre 6, point 6.1.1 question C. Celles utilisées après le travail sont décrites dans le même point à la question D.

du stress utilisées par les participants à mon étude sont représentatives de ce service.

En ce qui concerne les motivations spécifiques des soignants à travailler en oncologie, j'ai aussi pu les identifier grâce à l'entretien semi-dirigé. Comme pour les techniques de gestion du stress, une analyse et des liens avec mon cadre de référence m'ont été permis pour les motivations.

Pour ma part, mes objectifs de recherche sont atteints.

Maintenant, arrêtons-nous sur le retour critique de cette recherche.

## 7 Retour critique

Ce chapitre concerne la discussion des résultats (ou validité de la recherche), les objectifs d'apprentissage et l'auto-évaluation de la démarche.

Dans la discussion des résultats seront développés les points suivants : la saturation des données, la validité interne, la validité externe, la complétude, la triangulation et la synthèse de la discussion.

Par la suite, les objectifs d'apprentissage vous seront présentés puis une auto-évaluation. Cette dernière sera basée sur les éléments suivants : le cadre de référence, l'échantillon, le recueil de données, la motivation et l'implication personnelle et, enfin, les apports formatifs.

A présent, penchons-nous sur le premier point.

### 7.1 Discussion des résultats

#### 7.1.1 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. »<sup>150</sup>*

Le seuil de saturation des données pour mes deux thèmes de recherche est atteint. Je me permets de l'affirmer car, tout d'abord, j'ai obtenu des répétitions dans les réponses et je n'apprenais plus rien de nouveau susceptible de modifier l'interprétation des données. Cependant, si mes objectifs de recherche avaient été plus pointilleux en s'orientant, par exemple, vers la signification de chaque motivation des soignants, le seuil de saturation n'aurait pas été atteint. Je n'ai pas voulu me diriger dans cette direction car mon travail aurait touché au domaine de la psychologie et non à celui des soins infirmiers.

---

<sup>150</sup> ALLIN-PFISTER, A-C., *Formation à la recherche, une approche globale*. Ed : Lamarre, Paris, 2005, p. 45

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

### **7.1.2 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 ? »<sup>151</sup>*

Les résultats de ma recherche sont crédibles et fiables mais méritent d'être pondérés. 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, j'ai 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. Voici un exemple : au début de la rédaction de la problématique, j'avais indiqué que deux à trois infirmières avaient quitté le travail « en probable burn out ». Après une clarification avec l'infirmière-chef, j'ai utilisé un autre vocabulaire plus conforme à la réalité et moins péjoratif en indiquant que deux à trois infirmières avaient quitté le travail « pour des raisons personnelles ».

Pour ce qui est de ma grille de questions écrites, elle était neutre et ne suggérait aucune réponse. Par contre, en faisant les entretiens oraux et en analysant les résultats, j'ai pu mettre en évidence quatre biais :

- 1) dans mes questions orales, j'ai involontairement suggéré des directions de réponse ;
- 2) l'heure choisie pour les entretiens (dès dix-huit heures) impliquait automatiquement une fatigue du participant qui a certainement influencé ses réponses : la pénibilité de la profession a pu être accentuée ;
- 3) mes attentes involontaires d'obtenir des résultats précis ont influencé ma 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.

### **7.1.3 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. »<sup>152</sup>* Ce point traitera aussi de la généralisation de la recherche. Peut-on la transférer dans un autre contexte ?

---

<sup>151</sup> ALLIN-PFISTER, A-C., *Formation à la recherche, une approche globale*. Ed : Lamarre, Paris, 2005, p. 45

<sup>152</sup> Ibid. p. 45

La confrontation s'est faite avec des professeurs de l'école. Ceux-ci m'ont donné leur avis, m'ont conseillée et, même, orientée sur de nouvelles pistes afin de réajuster mon analyse. Je n'ai pas la prétention d'affirmer que les résultats obtenus dans cette recherche sont généralisables. Toutefois, je pense qu'ils peuvent l'être partiellement :

Les sources de stress présentes dans le service d'oncologie peuvent exister dans d'autres services de soins. Par exemple, la charge de travail augmente dans tous les milieux. Je n'ai pas fait de recherche sur le sujet mais il suffit d'écouter les plaintes du personnel soignant pour le savoir. Les situations complexes sont également présentes dans tous les milieux de soins et stressent les soignants.

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

En l'état actuel de ma recherche, il est difficile pour moi de savoir si mes résultats concernant la motivation des soignants sont transférables ou non dans d'autres milieux d'oncologie.

#### **7.1.4 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. »<sup>153</sup>*

A présent, je pense avoir une vision globale sur mon sujet de recherche. Je 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 soignants. Alors, j'aurais 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, j'ai dû fixer des limites de recherche et, donc, je n'ai pas pu traiter toutes les idées qui me sont venues à l'esprit. Je laisse la place à de futurs étudiants qui pourront peut-être traiter d'autres idées en lien avec mes réflexions<sup>154</sup>.

#### **7.1.5 La triangulation**

*« Il s'agit de la confrontation de plusieurs sources d'informations par rapport au phénomène étudié. Dans une démarche itérative<sup>155</sup>, les différentes phases se confrontent automatiquement à des sources diverses, le critère de triangulation est ainsi assuré. »<sup>156</sup>*

<sup>153</sup> ALLIN-PFISTER, A-C., *Formation à la recherche, une approche globale*. Ed : Lamarre, Paris, 2005, p. 45

<sup>154</sup> Les prolongements possibles de ce mémoire vous sont présentés au chapitre 8, point 8.1.

<sup>155</sup> Cela signifie que cette démarche est répétée. Le même élément peut être vu sous différents angles. Définition inspirée du site Internet suivant : Internaute, Encyclopédie « Itératif » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/iteratif/> (page consultée le 16 avril 2008)

<sup>156</sup> ALLIN-PFISTER, A-C., *Formation à la recherche, une approche globale*. Ed : Lamarre, Paris, 2005, p. 45

Dans ce travail, ce critère est respecté à mon niveau. Je me permets de l'affirmer car les cadres de référence qui découlent de ma problématique sont tout d'abord explicités dans le chapitre des cadres de référence puis repris dans l'analyse. Je pense 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 d'oncologie et la recherche auprès des sept 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.

### **7.1.6 Synthèse de la discussion**

Je terminerai ce point en disant que je suis arrivée au seuil de saturation parce que mon 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, je n'ai pas de regrets pas rapport à d'éventuels oublis ou de pistes non explorées. Tous les éléments présents dans cette recherche ont été traités avec rigueur et sérieux.

### **7.2 Les objectifs d'apprentissage**

- × *Je construirai des cadres de référence adaptés à ma recherche et qui seront en lien direct avec ma problématique, avec ma question de recherche, ainsi qu'avec mes objectifs et mes hypothèses de recherche ;*
- × *J'analyserai les données recueillies en fonction des cadres de référence construits et en développant mes opinions personnelles.*

Afin de ne pas introduire trop de répétitions, je dirai que ces deux objectifs d'apprentissage sont atteints et sont en lien étroit avec les hypothèses et les objectifs de recherche. J'ajouterai simplement un point : grâce à mon cadre de référence adapté à ma recherche, j'ai pu mettre en évidence une dizaine de questions d'entretien orientées vers mes deux thèmes de recherche, j'ai obtenu des réponses adaptées à cette recherche et j'ai pu analyser les données recueillies.

- × *Je construirai une auto-évaluation de mon travail et je mettrai en évidence les points forts de ma recherche ainsi que les difficultés rencontrées.*

Afin de répondre à ce dernier objectif, voici à présent l'auto-évaluation et les points forts de ma recherche ainsi que les difficultés rencontrées durant la réalisation de ce travail.

## **7.3 Auto-évaluation, points forts du travail et difficultés rencontrées**

### **7.3.1 Les cadres de référence**

Bien ciblés à l'étendue de cette recherche, les cadres de référence que j'ai construits sont adaptés à cette recherche. Un fil conducteur est présent et les thèmes sont argumentés. De plus, les liens sont effectués entre chaque point et tous les points ont été utilisés pour l'analyse des données. Je voudrais relever ici que, n'étant pas très bonne utilisatrice d'Internet, j'ai fait appel à un enseignant de l'école pour construire partiellement mes cadres de référence. Je tiens à le remercier car il m'a également aidée pour la recherche d'informations scientifiques.

### **7.3.2 L'échantillon**

Comme je l'ai déjà signalé, l'échantillon de cette recherche comprend sept soignants exerçant leur profession en oncologie. Dans mon cas, il est impossible d'en interroger davantage car le temps est limité. Il s'agit d'une recherche qui s'effectue sur moins de deux ans de ma formation soit du début de la troisième année (septembre 2006) à la fin de la quatrième année (juillet 2008). J'estime toutefois que le nombre de participants à l'étude m'a permis d'analyser les données recueillies et qu'il représente bien l'ensemble des soignants du service d'oncologie où a eu lieu cette recherche.

### **7.3.3 Le recueil des données**

Je me rends compte que des erreurs ont été faites lors du recueil des données. Les deux pré-tests ont été effectués auprès de deux soignants travaillant en EMS. Si les pré-tests avaient été faits dans un milieu d'oncologie, j'aurais pu réajuster ma grille d'entretien de manière plus précise. Voici une autre erreur de ma part : durant les sept entretiens oraux, des réponses qui auraient pu être neutres ont été influencées par la tournure de mes questions. D'une manière générale pour l'ensemble de mon travail, je n'ai pas pu totalement faire abstraction de ma subjectivité.

Malgré ces biais, je suis fière du travail accompli car je l'ai effectué avec les connaissances que j'avais en tant qu'étudiante. De plus, j'ai constaté que j'ai pu mobiliser mes connaissances et les concrétiser par l'achèvement du présent mémoire.

### **7.3.4 La motivation et l'implication personnelle**

La prévention du burn out à l'aide des techniques de gestion du stress et à l'aide des motivations est un thème qui me passionne. Ma motivation à effectuer cette recherche a donc presque toujours été présente. J'emploie l'adverbe « presque » car j'ai vécu quelques phases de démotivation, surtout dans la première partie du travail où il s'agissait de trouver une question de départ, de construire la problématique et de développer des cadres de référence adaptés à la recherche. De plus, à la fin de la rédaction du mémoire, j'ai fait très souvent appel à ma persévérance afin de rendre le travail dans les temps. Ces phases n'ont pas été des plus intéressantes mais ont été traitées avec rigueur. Cependant, je n'ai jamais « baissé les bras » et je

suis très reconnaissante envers les personnes<sup>157</sup> qui m'ont aidée, chacune à leur façon, à franchir chaque étape de ce mémoire.

### **7.3.5 Les apports formatifs**

Au début de ce travail, je ne vous cache pas que je me suis posé la question suivante : à quoi me sert-il d'effectuer un mémoire de fin d'études à l'exercice de ma future profession d'infirmière ? Je suis arrivée à cette conclusion :

Tout d'abord, il y a le thème choisi qui m'apporte des connaissances. Pour ma part, lorsque je serai diplômée, je serai plus attentive aux signes annonciateurs du burn out. De plus, je me suis rendu compte qu'il n'y a pas besoin d'avoir de techniques redoutables et difficiles pour gérer le stress. Il s'agit de techniques simples que chacun peut utiliser. De plus, j'ai pu mettre en évidence l'importance de la motivation au travail. Je peux donc être attentive à mes propres motivations à travailler et me questionner régulièrement sur leur intensité. De plus, ce travail m'a permis d'adoucir mes représentations de l'oncologie. Ceci est important car mon rêve professionnel est de travailler en pédiatrie. Dans ce milieu, je soignerai des enfants atteints par le cancer. A présent, je sais « où j'en suis » avec mes sentiments et mes représentations du cancer. Je peux donc les accepter.

De plus, le respect du temps et de la démarche méthodologique ont fait plusieurs qualités qu'une infirmière doit avoir pour mener à bien son travail :

- × *l'organisation* : pour écrire un mémoire tel que celui-ci, une bonne organisation est nécessaire. Une infirmière, quant à elle, doit aussi savoir organiser son travail pour éviter au mieux l'arrivée d'une fatigue et d'un stress inutiles ;
- × *la persévérance* : afin de ne pas baisser les bras à la première difficulté, afin de continuer d'avancer et de franchir chaque obstacle, il est obligatoire de persévérer. Ceci est vrai dans chaque domaine de la vie. Que ce soit dans le domaine professionnel ou dans le domaine privé, la vie est faite de rebondissements ;
- × *la précision et la rigueur* : la précision et la rigueur font partie intégrante de la démarche car tout doit pouvoir être argumenté. L'infirmière, quant à elle, devra être tout aussi précise et rigoureuse lors des préparations de médicaments, lors de tous les soins aux malades et lors de ses annotations et de ses transmissions ;
- × *la patience* : je n'ai pas pu aller à la recherche de toutes les informations concernant ce mémoire lorsque j'en avais envie. Il a fallu attendre car certains rendez-vous n'ont pas pu être fixés quand je le désirais. Une infirmière doit être patiente car certaines informations n'arriveront pas à elle ou ne seront pas disponibles au moment voulu. De plus, la personnalité de certains patients demande une grande patience à l'infirmière. Ceci peut être lié au caractère qui est propre à chacun, à l'angoisse, à la peur, à la tristesse ou tout simplement, à l'état de malade. L'infirmière se doit de respecter l'être humain tel qu'il est et, pour pouvoir le faire, il lui faut maîtriser ses sentiments (gestion du stress) et être munie de patience.

---

<sup>157</sup> Ces personnes sont citées dans la préface.

A travers ce mémoire, j'ai pu développer plusieurs qualités comme, par exemple, l'autonomie et la capacité à prendre des initiatives.

Je terminerai ce point en disant que j'ai réalisé l'importance de l'échange humain dans la profession d'infirmière : l'échange humain fait partie intégrante de la guérison du malade.

Maintenant, il est temps de conclure ce travail.

## 8 Conclusion

### 8.1 Prolongements possibles

Tout au long de ce travail, j'ai émis des réflexions qui sont venues à moi par plusieurs chemins. Tout d'abord, la précision du thème m'a obligée à faire un choix parmi plusieurs idées qui germaient en moi. La découverte de nouvelles informations a ensuite accru mes connaissances et m'a donnée de nouvelles pistes de recherche. De plus, les entretiens m'ont apporté des réponses, des idées de solutions futures et de nouvelles ouvertures. Pour terminer, le temps qui s'est écoulé entre le commencement du mémoire (septembre 2006) et sa fin<sup>158</sup> (juillet 2008) a impliqué un questionnement intérieur presque permanent sur le déroulement de ma recherche et, de ce fait, mes idées ont évolué.

Voici à présent les prolongements possibles de ce travail qui pourraient guider d'autres chercheurs :

- × comparer les techniques de gestion du stress et les motivations entre les soignants formés et non-formés ainsi qu'entre les soignants ayant beaucoup d'années d'expérience et ceux qui en ont moins. Il faudrait un nombre très important de participant<sup>159</sup> afin de préserver leur anonymat ;
- × mettre en évidence les différences entre hommes et femmes en ce qui concerne les techniques de gestion du stress ;
- × mettre en évidence les différences entre hommes et femmes en ce qui concerne les motivations à exercer leur profession de soignant ;
- × comparer les motivations des infirmières exerçant leur métier en oncologie entre différents sites de travail ;
- × mettre en évidence les motivations spécifiques des soignants à exercer leur profession dans les divers domaines de soins existants. Ceci permettrait aux soignants d'exercer leur profession dans des conditions qui assouvissent au mieux leur motivation, élément important dans la prévention du burn out.

---

<sup>158</sup> Je pense que ma recherche peut continuellement être modifiée car mes connaissances évoluent et ma personne, en murissant, acquiert de nouvelles connaissances. Cependant, un temps limité pour terminer la recherche nous est imposé. C'est pourquoi j'emploie le mot « fin ».

<sup>159</sup> Je pense qu'il faudrait interroger tout les soignants d'un même service ou, encore, regrouper plusieurs services qui exercent la même spécialité et en interroger les soignants. L'effet de masse est important.

« *Le gain de la recherche, c'est la recherche elle-même.* »<sup>160</sup>

Saint Grégoire de Nysse

## 8.2 Pour conclure

Dès le début, ce sujet de mémoire a attiré mon attention et ma curiosité. Comme je l'ai dit dans mes motivations, le métier de soignant n'est plus ce qu'il était. Le monde des soignants vit un grand tournant : la performance et le rendement sont de plus en plus mis en avant. De ce fait, le personnel soignant est toujours plus stressé.

Comme nous l'avons découvert dans les statistiques, le burn out est très présent dans la profession d'infirmière. Pour traiter mon sujet, je me suis donc orientée vers un service d'oncologie. Puis, en construisant ma problématique, j'ai découvert qu'au lieu de traiter du burn out, j'allais me diriger vers sa prévention. J'ai alors élaboré des hypothèses et des objectifs de recherche orientés vers deux outils de prévention : la gestion du stress et les motivations. Après beaucoup de réflexions et en utilisant de manière appropriée la méthodologie, j'ai obtenu des données récoltées par des entretiens semi-dirigés auprès de sept soignants en oncologie. Suite à l'analyse des données, j'ai pu affirmer que cette expérience a été formatrice et m'a permis de mettre en évidence certaines qualités qu'une infirmière doit avoir.

Mon travail de mémoire n'a pas la prétention de révolutionner les soins infirmiers. Il s'agit d'une prise de conscience. J'espère de tout cœur que cette recherche aura permis au lecteur de développer ses connaissances sur cette thématique précise.

## 8.3 Mot de la fin

Le titre de mon travail se veut provocateur. Il s'agit de réveiller le monde hospitalier sur son fonctionnement global car, comme j'ai pu le constater, des mesures seront à prendre soit pour le personnel soignant, soit pour les dirigeants.

Bien que des techniques pour gérer le stress soient utilisées par les soignants en oncologie, leurs motivations et particulièrement les sources de motivation sont menacées. Si les sources de motivation des soignants s'amenuisent, pouvons-nous encore espérer des soins de qualité ?

A présent, laissons place à l'avenir des soins car, comme le dirait un illustre représentant de la région du coude du Rhône « *L'avenir nous dira ce qu'on va faire dans le futur !* »<sup>161</sup> Ayons confiance !

« *En persévérant on arrive à tout.* »<sup>162</sup>

Théocrite

<sup>160</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

<sup>161</sup> Parlonsfoot.com., « Parlons Foot, le blog du football ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.parlonsfoot.com/> (page consultée le 16 avril 2008)

<sup>162</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

## 9 Bibliographie

### Les livres

- ALLIN-PFISTER, A-C., *Formation à la recherche, une approche globale*. Ed : Lamarre, Paris, 2005, 165 p.
- BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, 199 p.
- BRISSETTE, L., ARCAND, M., BONNET, J., *Soigner sans s'épuiser*. Ed : Gaëtan Morin, Europe, 1993, 170 p.
- CANOUI, P., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses*. 2ème éd. Paris : Masson, 2001, 224 p.
- CHOQUE, S et J., *Guide anti-stress : le bien-être des soignants*. Ed. Lamarre, Paris, 1993 191 p.
- COLLIERE, M-F., *Virginia Henderson : La nature des soins infirmiers*. Ed : InterEditions, Paris 1994, 235 p.
- DELAMARE J., DELAMARE F., GELIS-MALVILLE E., et al. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 28ème éd. Paris : Maloine, 2004, 1046 p.
- DELBROUCK, M., *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. 1ère éd. Bruxelles : De Boeck Université, 2003, 280 p.
- FERRERI, M., et al., *Travail, stress et adaptation, l'adaptation au travail : contrainte ou fait humain ?* Ed : scientifiques et médicales Elsevier SAS, 2002, 107 p.
- KAUFMANN, J-C., *L'entretien compréhensif*. 1ère éd. Paris : Nathan, 1996, 127p.
- MUCCHIELLI, A., *Les motivations*. 5ème éd. Paris : Que sais-je ?, 2000, 127 p.
- POISSON, M., *Mémoire de fin d'études infirmières, guide méthodologique*. 5ème éd. Paris : Maloine, 2007, 168 p.
- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. *Manuel de recherche en sciences sociales*, 3ème éd. Paris : Dunod, 2006, 257p.

### Les articles

- ALDERSON, M. *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée : entre plaisir et souffrance*. Recherche en soins infirmiers, 2005, no 80, p.76-86
- BOITTIN, I., LAGOUTTE, M., LANTZ, M., « Virginia Henderson : 1897-1996, Biographie et analyse de son œuvre. » *Recherche en soins infirmiers*, [En ligne] n°68, (mars 2002) p. 5 à 17. Adresse URL : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/68/5.pdf?08D7X-Q310K-D7XJ3-408DJ-XD3X0> (page consultée le 28 avril 2008)
- BURGEL, P., HOFFMAN. A, CORTEN, P., « Le burn out » *Santé conjugulée* [En ligne] no 32 (avril 2005) p. 23 à 93. Adresse URL :

<http://www.maisonmedicale.org/IMG/pdf/SCr32.pdf> (page consultée le 19 décembre 2006)

- LÜTHI U. *Prévenir l'infarctus de l'âme*. Revue Soins infirmiers, 2007, no 1, p. 38-40
- Sciences humaines « Burn out chez les soignants » *Sciences humaines*. [En ligne]. n° 115, (Avril 2001). Adresse URL : [http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les-soignants\\_fr\\_1256.html](http://www.scienceshumaines.com/burn-out-chez-les-soignants_fr_1256.html) (page consultée le 14 mai 2007)

### **La vidéocassette**

- *Burn out, la lutte s'organise*. Temps présent, FERNEX, F. ET KAMMERMANN, C. (réal.) [Enregistrement vidéo] (30 min.) diffusé le 7 février 2008

### **Les sites Internet**

- ASI-SBK, Association suisse des infirmières, « Ethique 2, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers » [En ligne]. Adresse URL : [www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflge-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202\\_f.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflge-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202_f.pdf) (page consultée le 28 avril 2008)
- BARBE-ZOPPIS, C., BITTAR, E., et al. « Motivation au travail des étudiants » [En ligne]. Adresse URL : <http://helios.univ-reims.fr/Labos/LERI/membre/bittar/Motivation/html-rapport/motivation/node7.html> (page consultée le 8 août 2007)
- BAKKOUR, R. « L'influence des stratégies de coping sur l'épuisement professionnel des infirmières du Liban-Nord » *Faculté des Sciences Infirmières*. [En ligne] p.17 à 20. Adresse URL : <http://209.85.135.104/search?q=cache:TkxvDJDbe88J:www.fsi.usj.edu.lb/anciens/journal2004/nord.pdf+l%27influence+des+strat%C3%A9gies+d+coping&hl=fr&ct=clnk&cd=1&gl=ch> (page consultée le 15 mai 2007)
- Bilan du siècle «Hans Selye (19071982) Scientifique » [En ligne]. Adresse URL : <http://bilan.usherbrooke.ca/bilan/pages/biographies/446.html> (page consultée le 3 octobre 2007)
- Dicopsy, dictionnaire de psychologie « Coping » [En ligne] Adresse URL : <http://www.dicopsy.com/coping.htm> (page consultée le 16 février 2008)
- Educh.ch Portail de la formation et du conseil socio-éducatif depuis 10 ans. « Stress au travail: la Suisse au premier rang européen » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.educh.ch/categorie-coaching-emploi.pyhp?Cat=60&New=7> (page consultée le 11 mai 2007)
- Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)
- FORTIN, B. « Surmonter le stress » *Ed: CPF*, 2001 [En ligne]. Adresse URL : <http://geocities.com/HotSprings/3475/Stress.html> (page consultée le 7 août 2007)
- Franceschi-Chaix « Le syndrome de burn out : étude clinique et implications en psychopathologie du travail ». [En ligne] Adresse URL :

- <http://www.bdsp.tm.fr/FullText/Show.asp?Ref=7614> (Page consultée le 19 décembre 2006)
- Futura-Sciences. Au cœur de la science. « Oncologie ». [En ligne]. Adresse URL : [http://www.futura-sciences.com/comprendre/g/definition-oncologie\\_2789.php](http://www.futura-sciences.com/comprendre/g/definition-oncologie_2789.php) (page consultée le 22 janvier 2007)
  - Gérontologie en institution et au domicile, « Maslow et la "pyramide" des besoins de l'être humain » [En ligne]. Adresse URL : <http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoinsmaslow.html> (page consultée le 7 avril 2008)
  - GRICHY, J., « Intérêt de l'informatique pour la prévention », [En ligne]. Adresse URL : [http://www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr\\_Grichy.pdf](http://www.urml-idf.org/urml/medec03/Dr_Grichy.pdf) (page consultée le 15 avril 2008)
  - Infirmiers@.com « Cours-soins infirmiers » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/> (page consultée le 2 avril 2008)
  - Internaute, Encyclopédie « Itératif » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/iteratif/> (page consultée le 16 avril 2008)
  - Kelly Service. « Kelly Services (Suisse) SA » [En ligne]. Adresse URL : [http://www.kellyservices.ch/web/ch/services/fr/pages/about\\_us\\_main.html](http://www.kellyservices.ch/web/ch/services/fr/pages/about_us_main.html) (page consultée le 13 mai 2007)
  - LAMOTTE, R. « Gestion du stress » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.psycho-ressources.com/bibli/gestion-du-stress.html> (page consultée le 7 août 2007)
  - LASSERRE, J-L., « Relation corps et émotion: approche scientifique et hypothèse thérapeutique en ostéopathie. » [En ligne]. Adresse URL : <http://perso.orange.fr/jeanluc.lasserre/03emotions.htm> (page consultée le 9 août 2007)
  - LEP Leistungen sichtbar machen, « Qu'est-ce que le LEP? » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.lep.ch/> (page consultée le 21 janvier 2008)
  - Lexique Missions « Santé et services sociaux Québec » [En ligne] Adresse URL : <http://wpp01.msss.gouv.qc.ca/app/m02/M02Lexique.asp> (page consultée le 8 mai 2007)
  - LINTZ, M. « Concept: La motivation » [En ligne]. Adresse URL : <http://tecfa.unige.ch/~lintz/staf11/motivation.html> (page consultée le 8 août 2007)
  - MIBES-ARBUS S., LAZORTHES Y., ROUGE D., et al., « Sciences humaines et sociales ». Ed: Masson, 2006, p. 185 [En ligne]. Adresse URL : [http://books.google.ch/books?id=B4zkN\\_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX\\_hYBpXvlac](http://books.google.ch/books?id=B4zkN_CU4igC&pg=RA1-PT115&ots=PAh-Mt5QFF&dq=Hans+Selye%2Bstress&hl=fr&sig=F2FGCtlnGRcG5SefX_hYBpXvlac) (page consultée le 3 octobre 2007)
  - MVANIER, C. « Equilibre en tête : l'épuisement professionnel, en phénomène complexe et controversé ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.acsmontreal.qc.ca/publications/equilibre/epuisement.html> (page consultée le 20 décembre 2006)

- Parlonsfoot.com., « Parlons Foot, le blog du football ». [En ligne]. Adresse URL : <http://www.parlonsfoot.com/> (page consultée le 16 avril 2008)
- PIERARD, A., « Qu'est-ce que l'hypnose ? » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.therapies-hypnose.ch/hypnose/hypnose.html> (page consultée le 13 mars 2008)
- RSV GNW. « Le Réseau Santé Valais, Geshundheitsnetz Wallis ». [En ligne]. Adresse URL : [http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com\\_content&task=view&id=12&Itemid=33](http://www.rsv-gnw.ch/index.php?option=com_content&task=view&id=12&Itemid=33) (page consultée le 8 mai 2007)
- Santé et sport, « Activité physique et santé » [En ligne]. Adresse URL : [www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport\\_Santé\\_Document\\_de\\_base.pdf](http://www.lasuissebouge.ch/cmsfiles/downloads/Sport_Santé_Document_de_base.pdf) (page consultée le 30 mars 2008)
- Université de Montréal, « Empowerment », [En ligne]. Adresse URL : <http://www.cesaf.umontreal.ca/f.ress.doss.empow.doc1.html#definition> (page consultée le 12 avril 2008)

## Liste des annexes

- I. Questionnaire pour la responsable d'un service d'oncologie du Valais
- II. Présentation du service
- III. La qualité des soins
- IV. La prévention
- V. Information destinée aux personnes participant à l'étude
- VI. Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au mémoire de fin d'études
- VII. Grille d'entretien
- VIII. La relation d'aide

# I Questionnaire pour la responsable d'un service d'oncologie du Valais<sup>163</sup>

## **Le contexte**

Cet entretien s'est déroulé dans une salle du service d'oncologie. J'étais seule avec la responsable du service. Je me suis présentée et je lui ai expliqué en détails les raisons de ma venue. Puis, sur sa demande, je lui ai donné une définition du burn out. Ceci a permis d'être au clair avec le vocabulaire utilisé.

## **Les questions d'entretien**

1. Comment estimez-vous l'état de fatigue des infirmières ?
2. Sont-elles stressées au travail ? et dans quelles situations ?
3. Se plaignent-elles de l'organisation en générale ?
  - Mise à disposition du matériel ?
  - Temps à disposition pour les rapports ?
  - Utilisation et préparation de produits dangereux (chimiothérapie) ?
4. Comment sont les relations entre les médecins et les infirmières ?
5. Des temps de parole sont-ils mis à disposition pour les infirmières sur le lieu de travail ?
6. Existe-t-il autre chose que les « debriefings » pour prévenir le burn out dans le service ?
7. Est-ce que les infirmières font des burn out ?
  - Estimation

<sup>163</sup> L'entretien s'est déroulé le 24 janvier 2007.

## II Présentation du service

### **Le service**

Le service est divisé en deux sous-unités : la médecine générale et l'oncologie. Six lits sont attribués à l'oncologie et dix-sept à la médecine générale. Ces deux chiffres ne sont pas fixes et peuvent varier en fonction des pathologies des malades. Cependant, le service compte en tout temps vingt-trois lits.

### **Les soignants**

Le personnel infirmier compte 24 soignants composés d'infirmières, d'infirmières-assistantes et d'aides-infirmières. Le personnel travaille dans les deux sous-unités à l'exception des infirmières-assistantes qui ne vont pas du côté oncologie étant donné qu'elles ne peuvent préparer les chimiothérapies.

### **Les horaires**

Les soignants de ce service doivent s'adapter à quatre horaires différents. Les voici :

- 7h – 15h24
- 7h – 11h / 17h – 21h30
- 13h – 21h30
- Horaire de nuit : 21h – 7h10

### **La répartition du travail**

Les soins sont individualisés par chambre : une infirmière est responsable d'une ou de deux chambres, voire plus si la charge de travail l'impose. La répartition des chambres se fait en discutant : la responsabilité d'un patient n'est pas imposée.

### III La qualité des soins

#### L'ASI (Association suisse des infirmières)

Selon l'ASI, la qualité des soins répond à trois impératifs professionnels et moraux :

**« Donner des soins professionnels (autonomie et bienfaisance): assister l'individu malade ou en santé, dans l'atteinte de ses objectifs en matière de santé, par des actions :**

- définies par l'analyse des données de la personne, de ses symptômes, de sa perception de la santé ou de la maladie et par le traitement médical préventif, curatif ou palliatif proposé ;
- déterminées par des décisions cliniques soutenues par les connaissances scientifiques, l'expérience, la préférence du patient et son accord ;
- dirigées vers un but acceptable pour le patient ;
- évaluables en terme de résultats, voire mesurables ;
- qui permettent d'établir des relations empreintes d'authenticité, de fidélité, de fiabilité et d'honnêteté.

**Donner des soins sécuritaires (bienfaisance et non malfaisance): aider autrui à obtenir ce qui lui est bénéfique et le protéger contre ce qui pourrait lui nuire, menacer sa sécurité ou mettre sa vie en danger :**

- donner une attention particulière aux risques physiques et émotionnels liés aux traitements, à l'environnement, aux incompréhensions culturelles, aux erreurs humaines ;
- reconnaître les personnes présentant des risques de complications et mettre en oeuvre les mesures de prévention ;
- respecter les mesures et les procédures destinées à éviter les erreurs.

**Donner des soins équitables (justice): respecter les droits fondamentaux de tout individu et appliquer les ressources à disposition pour que chacun soit traité selon ses besoins en soins :**

- assurer des soins compétents à toute personne qui en a besoin sans établir de distinctions ;
- donner les informations nécessaires au patient sur ses droits et devoirs, les ressources à disposition et les conditions dans lesquelles les soins vont être donnés ;
- établir et argumenter les priorités pour assurer une juste répartition des ressources infirmières. »<sup>164</sup>

<sup>164</sup> Tiré du site Internet suivant : ASI-SBK, Association suisse des infirmières, « Ethique 2, Responsabilité et qualité dans les soins infirmiers » [En ligne]. Adresse URL : [www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflge-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202\\_f.pdf](http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/4pflge-f/pdf/Ethische%20Standpunkte%202_f.pdf) (page consultée le 28 avril 2008)

### **Définition du rôle infirmier**

L'ASI nous démontre bien que la qualité des soins ne consiste pas seulement à effectuer des soins techniques et des soins médico-délégués. L'infirmière doit, tout au long de sa carrière, collaborer avec chaque patient. Elle doit créer un lien unique qu'est celui de soignant-soigné pour accompagner tout malade dans le chemin de la guérison, de la maladie ou de la mort. Pour ce faire, elle a pour devoir de respecter chaque malade quelles que soient sa religion, ses valeurs, sa personnalité, ses idées, etc...

Pour qu'il y ait collaboration, il faut au minimum deux personnes engagées vers un même but. Fixer des buts et en évaluer l'atteinte avec le patient est nécessaire pour une bonne prise en charge. Il s'agit d'une « *alliance* »<sup>165</sup> entre le soignant et le soigné, d'un échange pour œuvrer dans un même but.

Cette alliance peut se faire si le soignant a du temps à accorder à son patient : pour dévoiler les souffrances cachées, chacun a besoin d'être en confiance, laquelle se conquiert avec le temps et si le soignant est suffisamment bien dans son corps et dans son esprit pour s'ouvrir à la discussion et à l'échange. De ce fait, un soignant présentant des signes de burn out, ne pourra pas fournir à son patient des soins de qualité.

La qualité des soins consiste aussi à répondre aux besoins du malade quand il en a besoin. Mais qu'est-ce qu'un besoin ? Afin d'y répondre, penchons-nous un instant sur la théorie de Virginia Henderson.

<sup>165</sup> BIOY, A., MAQUET, A., « *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications.* » Ed : Dunod, Paris, 2003, 101 p.

Selon Virginia Henderson<sup>166</sup>, le rôle premier de l'infirmière est centré sur le malade et non sur la maladie. Cependant, il faut être attentif car, en milieu hospitalier, l'infirmière a tendance à s'orienter vers la maladie, celle-ci étant l'orientation des médecins.

Plusieurs définitions tentent d'apporter une signification précise des soins infirmiers. Voici la définition qui m'a le plus touchée. : « *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.* »<sup>167</sup>

Ce que je tire de cette définition est que l'infirmière agit où le patient ne peut agir. Ses actes, ses paroles et ses attitudes sont complémentaires à ceux du patient. Il est important que ce soit le patient qui la guide dans son travail et non l'inverse. Sans cela, l'infirmière exercera un pouvoir non souhaité sur le malade en faisant, en disant et en ayant des attitudes non-thérapeutiques : par exemple, elle fera la toilette du malade malgré qu'il puisse la faire seul. Cette attitude ne privilégie pas l'autonomie du malade et l'empêche de progresser ou peut même permettre la péjoration de son état de santé.

Pour Virginia Henderson, l'individu, « *présente 14 besoins fondamentaux qu'il soit malade ou en santé. Il tend vers l'indépendance, la désire et lorsqu'il l'a acquise, il fait tout en son pouvoir pour la conserver. Il possède donc les ressources pour accéder à l'indépendance. L'individu n'est pas complet, entier, indépendant si un besoin n'est pas satisfait.* »<sup>168</sup>

<sup>166</sup> COLLIÈRE, M-F., *Virginia Henderson : La nature des soins infirmiers*. Ed : InterEditions, Paris 1994, p. 27

<sup>167</sup> Ibid. p. 150

<sup>168</sup> Tiré du site Internet suivant : BOITTIN, I., LAGOUTTE, M., LANTZ, M., « Virginia Henderson : 1897-1996, Biographie et analyse de son œuvre. » *Recherche en soins infirmiers*, [En ligne] n°68, (mars 2002) p.9 . Adresse URL : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/68/5.pdf?08D7X-Q310K-D7XJ3-408DJ-XD3X0> (page consultée le 28 avril 2008)

**Définition du besoin fondamental :**

« Un besoin est une nécessité plutôt qu'un manque. (...) Ces besoins sont fondamentaux au client et permettent son intégralité. "Les soins infirmiers de base sont universellement les mêmes parce que tout le monde a des besoins communs. Cependant, ce service peut varier à l'infini car il n'y a pas 2 personnes dont les réactions sont identiques. Chacune interprète les besoins de telle façon qu'ils sont particuliers" »<sup>169</sup>

**Les 14 besoins<sup>170</sup>**

- 1) « Respirer normalement » : l'infirmière devra répondre à ce besoin en observant le patient et en lui procurant les soins médicaux ordonnés par le médecin. C'est aussi en l'installant dans des positions stratégiques qu'elle veillera à maintenir les voies respiratoires ouvertes ou encore en prenant garde à ne pas épuiser le malade avec des gestes et des déplacements inutiles.
- 2) « Boire et manger dans la position souhaitée » : c'est en évaluant les goûts de chaque patient, en l'installant le plus confortablement possible lors des repas et en évaluant le besoin d'aide de chacun d'eux que l'infirmière répondra à ce besoin.
- 3) « Eliminer » : pour permettre l'évacuation des déchets de l'organisme, l'infirmière apportera l'aide nécessaire à chaque patient en évaluant les différentes incontinences possibles, la mobilité du patient pour se déplacer jusqu'aux toilettes et les moyens techniques à disposition.
- 4) « Se mouvoir et se maintenir dans la position souhaitée » : l'infirmière devra respecter et préserver l'autonomie de ses patients en leur permettant d'effectuer les gestes qui leur sont possibles. Elle évaluera le patient dans chacune de ses activités afin de réajuster sa prise en charge.
- 5) « Dormir et se reposer » : respecter le sommeil des patients est important pour réduire et prévenir leur fatigue. L'infirmière pourra, par exemple, regrouper au mieux ses soins afin de déranger le moins possible ses patients. Durant la nuit et durant les siestes de l'après-midi, elle veillera à ne pas faire trop de bruit.

<sup>169</sup> Tiré du site Internet suivant : BOITTIN, I., LAGOUTTE, M., LANTZ, M., « Virginia Henderson : 1897-1996, Biographie et analyse de son œuvre. » *Recherche en soins infirmiers*, [En ligne] n°68, (mars 2002) p.9 Adresse URL : <http://fulltext.bdsp.tm.fr/Rsi/68/5.pdf?08D7X-Q310K-D7XJ3-408DJ-XD3X0> (page consultée le 28 avril 2008)

<sup>170</sup> Les quatorze besoins en italique et entre guillemets sont tirés du livre suivant : COLLIERE, M-F., *Virginia Henderson : La nature des soins infirmiers*. Ed : InterEditions, Paris 1994, p. 67

|     |  |
|-----|--|
| 6)  | <u>« Choisir des vêtements appropriés – s’habiller et se déshabiller »</u> : l’infirmière doit respecter le patient quelles que soient ses tenues vestimentaires. Au besoin, elle aidera ses patients à se vêtir et à se dévêtir tout en respectant leur pudeur. De plus, si les patients n’ont pas d’habits, elle leur fournira des blouses d’hôpital.  |
| 7)  | <u>« Maintenir la température de son corps dans les limites de la normale »</u> : l’infirmière prendra la température à l’aide d’un thermomètre. Elle veillera à ce que le patient soit habillé en fonction de sa température afin de la maintenir dans la norme ou de la rapprocher de la norme et afin que le patient n’ait ni trop chaud, ni trop froid. De plus, elle veillera sur la bonne température de la chambre en ouvrant ou en fermant les fenêtres. |
| 8)  | <u>« Garder son corps propre et soigné, et protéger ses téguments »</u> : se sentir propre, avoir une peau saine ou recevoir un traitement cutané en cas de problèmes est un besoin de chacun. L’infirmière évaluera l’état cutané du patient et fournira des soins en cas de nécessité. Elle aidera le patient dans ses soins d’hygiène. Ici aussi, elle respectera l’intimité de chaque patient.   |
| 9)  | <u>« Eviter les dangers et ne pas nuire à autrui »</u> : sécuriser le malade en rangeant tout obstacle pouvant se trouver dans sa chambre est un des rôles de l’infirmière. De plus, elle évaluera l’état psychique du patient afin qu’il ne puisse pas se mettre en danger ou mettre en danger autrui. Elle effectuera des soins si besoin est.   |
| 10) | <u>« Communiquer avec les autres »</u> : l’infirmière évaluera les capacités de chacun de ses patients à communiquer et s’adaptera à chacun d’eux. De plus, elle fera appel à des interprètes en cas de besoin. L’infirmière se tiendra à l’écoute des émotions et des besoins du malade.  |
| 11) | <u>« Pratiquer sa religion selon ses croyances »</u> : l’infirmière respectera l’identité et les valeurs religieuses de chacun de ses patients. De plus, elle pourra faire appel à des représentants religieux sur demande des patients. Elle évaluera leurs sentiments et les écoutera.   |
| 12) | <u>« S’occuper de façon à se sentir utile »</u> : l’infirmière sera attentive aux occupations des malades afin de connaître l’état d’esprit dans lequel ils se trouvent (angoisse, tristesse, désespoir, bonne humeur, etc...). Elle aidera au mieux ses patients à pratiquer l’activité souhaitée.  |
| 13) | <u>« Jouer ou avoir des loisirs »</u> : dans la mesure du possible, l’infirmière permettra à ses patients d’avoir des activités de loisirs et les respectera. De plus, elle évaluera, à travers elles, l’état psychologique des patients.  |

- 14) « Apprendre, découvrir ou satisfaire sa curiosité qui conduit au développement normal et à la santé, et utiliser les ressources de santé disponibles » : l'infirmière évaluera la manière dont chacun de ses patients se prend en charge. Ceci permettra à l'infirmière de connaître l'évolution du patient et d'évaluer la prise en charge de sa santé. De plus, l'infirmière devra être source d'information pour le patient et devra, dans le même ordre d'idée lui faire part des possibilités qui s'offrent à lui.

### **Réflexion personnelle et argumentation**

Je pense que pour répondre à chacun des besoins du patient, l'infirmière a le devoir d'écouter les plaintes de chaque patient et d'y donner suite dans la mesure du possible<sup>171</sup>.

J'ai choisi de vous présenter cette théorie car elle m'est très familière. De plus, Virginia Henderson parle en termes de besoins, les définit clairement et en a fait une liste précise. Pour terminer, sa théorie est ciblée sur le malade et non sur la maladie, élément que j'estime très important.

### **Justification de l'annexe**

Cette annexe découle et accompagne les thèmes principaux traités dans cette recherche, soit la motivation et la gestion du stress.

Le fait qu'elle ne fait pas partie du cadre de référence ne diminue en aucun cas son importance dans ce travail.

<sup>171</sup> Elle peut y donner suite s'il n'y a pas de contre-indications et si les demandes respectent son éthique personnelle.

## IV La prévention<sup>172</sup>

### **Définition de la prévention**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé : « *La prévention est l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir à la santé individuelle et collective.* »

### **Les deux buts fondamentaux**

- « *entretenir et développer son capital santé ;* »
- « *faire prendre conscience aux gens de l'importance de son capital santé.* »

### **La prévention dans le monde hospitalier**

La prévention est un élément qui prend toute son importance dans le monde actuel hospitalier. En effet, de par sa profession, un soignant côtoie la maladie et la souffrance. Il réalise presque quotidiennement l'importance d'être en bonne santé et la chance qu'il a d'en bénéficier. Cependant, le dévouement à l'autre prend souvent le dessus sur ses propres besoins. Il ne va donc pas écouter son corps et du stress va naître. Bien d'autres sources de stress sont présentes à l'hôpital. Ces sources sont des freins aux soins de qualité car elles irritent les soignants. Une baisse de motivation va progressivement s'installer. Avec le temps, l'épuisement va s'emparer de lui. Il peut alors être trop tard.

Il faut donc agir par la prévention afin que des moyens soient mobilisés pour maintenir les soignants en santé, ce qui entraînera une baisse du taux de soignants en burn out.

<sup>172</sup> Tous les éléments en italique et entre guillemets présents dans ce chapitre sont tirés du site Internet suivant : Infirmiers@.com « Cours-soins infirmiers : L'éducation, la prévention et la promotion pour la santé » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/cours/santepub/education-prevention-promotion-sante.php> (page consultée le 15 avril 2008)

### **Les types de prévention**

« *Prévention primaire : (...)* C'est l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence<sup>173</sup> d'une maladie dans une population. » L'exemple le plus connu est la vaccination.

« *Prévention secondaire : (...)* Il s'agit de l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence<sup>174</sup> d'une maladie dans une population. » Par exemple, le dépistage du cancer du sein pour les personnes qui ont 45 ans et plus en fait partie.

« *Prévention tertiaire : (...)* C'est l'ensemble des mesures visant à prévenir les rechutes ou les complications. » Par exemple, aller chez le médecin pour éviter des complications ou des rechutes.

### **Définition de la promotion de la santé**

La promotion de la santé est un moyen donné à la population pour garder et améliorer la santé qui est là.

La promotion de la santé s'exprime en termes de « santé » et non en termes de « maladie ».

<sup>173</sup> « *L'incidence (ou le taux d'incidence) est le nombre de nouveaux cas d'une pathologie observés pendant une période et pour une population déterminées. Elle est un des critères les plus importants pour évaluer la fréquence et la vitesse d'apparition d'une pathologie.* » Cette définition est tirée du site Internet suivant : Infirmiers@.com « Cours-soins infirmiers : L'éducation, la prévention et la promotion pour la santé » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/cours/santepub/education-prevention-promotion-sante.php> (page consultée le 15 avril 2008)

<sup>174</sup> « *La prévalence est une mesure de l'état de santé d'une population à un instant donné. Pour une affection donnée, elle est calculée en rapportant à la population totale, le nombre de cas de maladies présents à un moment donné dans une population. La prévalence est une proportion qui s'exprime généralement en pourcentage.* » Cette définition est tirée du site Internet suivant : Infirmiers@.com « Cours-soins infirmiers : L'éducation, la prévention et la promotion pour la santé » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/etud/cours/santepub/education-prevention-promotion-sante.php> (page consultée le 15 avril 2008)

### ***Prise de position***

Mon travail concerne la prévention secondaire car, tout d'abord, la profession de soignant fait partie des professions principalement touchées par le burn out et, ensuite, le burn out touche un soignant sur trois. Cette recherche a pour but de maintenir la santé mentale des infirmières et de réduire le taux de burn out présent dans ma future profession. Pour ce faire, c'est autour des techniques de gestion du stress et des motivations que ma recherche s'est orientée.

Je n'ai pas la prétention de révolutionner le monde infirmier. Il s'agit d'une prise de conscience sur l'évolution du milieu.

*« Quand un défaut devient général, la majorité des hommes le considère comme un état normal. »<sup>175</sup>*

Hazrat Inayat Khan

---

<sup>175</sup> CHOQUE, S et J., *Guide anti-stress : le bien-être des soignants*. Ed. Lamarre, Paris, 1993, p.11. Le rôle de la prévention est justement de nous faire réagir afin que ce défaut ne soit plus considéré comme normal.

## V Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma formation à la Haute Ecole Santé & Social, HES-SO Valais Wallis filière infirmière, j'entreprends un mémoire de fin d'étude dans le but de comprendre les motivations et les techniques de gestion du stress des infirmières exerçant leur profession en oncologie. Directement concernée par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative sur votre carrière professionnelle. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

L'étude sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou à un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux, en tête-à-tête avec moi-même et durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour éviter de déformer vos propos lors de l'analyse des données. De plus, les données recueillies seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin septembre 2008.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de cette étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre cette notion de motivations et de techniques de gestion du stress dans le milieu de l'oncologie.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

## VI Formulaire de consentement éclairé pour les personnes<sup>176</sup> participant au mémoire de fin d'études

La soussignée :

Certifie être informée sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'étude ci-dessus ;

- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles elle a pu poser toutes les questions qu'elle souhaite ;
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé ;
- Certifie avoir été informée qu'elle n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'étude ;
- Est informée du fait qu'elle peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'étude sans aucune conséquence négative pour elle même ;
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document ;
- Est informée que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'étude, à savoir au plus tard fin septembre 2008 ;
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti ;
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de mémoire de fin d'étude sera couvert en conformité des dispositions légales en vigueur.

La soussignée accepte donc de participer au mémoire de fin d'étude mentionné dans l'en-tête.

Date: .....

Signature :.....

Annexe : information destinée aux personnes participant à l'étude

---

<sup>176</sup> Toute personne concernant le bénéficiaire de soins ou pensionnaire ou résident, personnel des établissements médico-sociaux, etc.

## VII Grille d'entretien

### Première partie : la gestion du stress

| Question de recherche   | Objectifs  | Hypothèses   | Questions d'entretien   | Relances  |
|---|--|--|---|---|
| Pourquoi une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ? | J'identifierai les stratégies personnelles qu'ont les infirmières en oncologie pour gérer leur stress professionnel en faisant des liens directs avec mes cadres de référence ;                      | Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des stratégies personnelles pour gérer leur stress professionnel.                                   | Etes-vous stressé au travail ?  | dans quelles situations ?   |
|   | J'identifierai et j'examinerai les motivations personnelles qu'ont les infirmières en oncologie à exercer leur profession dans ce service en faisant des liens directs avec mes cadres de référence. | Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des motivations personnelles qui leur permettent d'exercer leur métier dans un service d'oncologie. | Vous laissez-vous envahir par ce stress ?                                   | Si oui, pensez-vous être continuellement en stress chronique ou évacuez-vous ce stress à mesure ?                               |
|   |  |  | Vous protégez-vous contre ce stress sur votre lieu de travail ?             | Si oui, de quelle manière ?<br><br>Que faites-vous sur votre lieu de travail pour gérer ce stress engendré par ces situations ? |
|   |  |  | Devez-vous évacuer votre stress professionnel après vos heures de travail ? | si oui, que faites-vous ?   |

## Deuxième partie : les motivations personnelles

| Question de recherche   | Objectifs  | Hypothèses   | Questions d'entretien  | Relances   |
|---|--|--|--|--|
| Pourquoi une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out ? | <p>J'identifierai les stratégies personnelles qu'ont les infirmières en oncologie pour gérer leur stress professionnel en faisant des liens directs avec mes cadres de référence ;</p> <p>J'identifierai et j'examinerai les motivations personnelles qu'ont les infirmières en oncologie à exercer leur profession dans ce service en faisant des liens directs avec mes cadres de référence.</p> | <p>Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des stratégies personnelles pour gérer leur stress professionnel.</p> <p>Si une grande majorité des infirmières exerçant leur profession dans ce service d'oncologie ne fait pas de burn out c'est parce qu'elles ont des motivations personnelles qui leur permettent d'exercer leur métier dans un service d'oncologie</p> | Pourquoi travaillez-vous ?   | quelles sont vos motivations à travailler ?                      |
|   |  |  | Pourquoi exercez-vous votre profession dans un service d'oncologie ?                     | qu'est-ce qui vous motive à travailler dans ce service ?         |
|   |  |  | Pensez-vous que certaines actions quotidiennes sont spécifiques au service d'oncologie ? | des pratiques infirmières spécifiques, des attitudes ou autres ? |
|   |  |  | Est-ce que ces actions ou attitudes sont des sources de motivation ?                     | si oui, pourquoi ?   |
|   |  |  | Que pensez-vous apporter à vos patients ?  | est-ce une source de motivation au travail ?                     |

**Troisième partie : les données personnelles**

| <b>Questions d'entretien</b>                              | <b>Relances</b>   |
|---|---|
| Etes-vous formé en oncologie ?                            | Si oui, quels thèmes avez-vous abordés durant votre formation ? |
| Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service ? | Années d'expérience ?   |
| A quel pourcentage travaillez-vous ?                      |   |

## VIII La relation d'aide

### **Le partage<sup>177</sup>**

*« Il ne peut y avoir de rencontre sans partage, et ce partage est même au cœur du processus thérapeutique. Nous parlons ici du partage humain, c'est-à-dire de cette forme de communication où l'un et l'autre des protagonistes vont se reconnaître comme des individus à part entière. »<sup>178</sup>*

Lorsqu'un patient séjourne à l'hôpital, une maladie ou la détection d'un trouble l'y amène. Cependant, avant qu'un échange autour de ce problème se fasse, il est important que ce patient soit reconnu comme individu à part entière. De ce fait, je pense qu'il est important et nécessaire à l'accueil d'un patient ou au moment où l'on rentre pour la première fois dans sa chambre de se présenter et de lui dire que nous nous tenons à sa disposition en cas de besoin. Dès lors, un échange autour du problème s'établit.

Cet échange ne s'arrête pas là. Il évolue, entraînant ainsi le soignant à voyager dans la vie de ses patients : ceux-ci lui raconteront certains événements de leur vie. Dès lors, le soignant les écoutera et les aidera sans juger. Cet élément est très important car le soignant peut être mené à écouter certaines pensées de l'autre qu'il ne comprend pas ou peut observer certains comportements qu'il n'acquiesce pas.

Selon moi, dans la vie professionnelle comme dans la vie personnelle, personne ne devrait se donner le droit de juger l'autre car personne n'est à la place de l'autre. Du fait que chacun a son vécu, l'être humain peut imaginer de vivre la même chose que l'autre mais ne peut en aucun cas le vivre concrètement. Il n'est donc pas autorisé à émettre des jugements. De ce fait, en tant que soignant, j'ai le droit de dire : « Je ne suis pas d'accord avec votre comportement » mais, en aucun cas je ne dirais : « Vous êtes nul de faire telle ou telle chose ! ». Il s'agit là d'une différence capitale : la première exclamation est dirigée sur le comportement, l'autre est dirigée sur la personne.

<sup>177</sup> Inspiré du livre suivant : BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, p.6 à 8

<sup>178</sup> Ibid. p.6

## Définition de la relation d'aide

La relation d'aide est à distinguer de la relation « de soin »<sup>179</sup> qui consiste à prescrire des soins et à les fournir. La relation d'aide est « *une rencontre entre deux personnes ou un groupe de personnes, qui favorise l'aide et le soutien, dans le respect des trois dimensions biologique, psychologique et spirituelle de l'être humain. Carl Rogers la définit comme : "des relations dans lesquelles l'un au moins des 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. [...] On pourrait encore définir la relation d'aide comme une situation dans laquelle l'un des participants cherche à favoriser chez l'une ou l'autre des parties 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 ses ressources."* »<sup>180</sup>.

Grâce à la relation d'aide, les soignants permettent à leur patient de trouver des ressources pour évoluer avec la maladie, pour en guérir ou, encore, pour évoluer le plus sereinement possible vers la mort.

Essayez d'imaginer un monde sans communication ! Ceci irait à l'encontre de la vie humaine. Si les actions quotidiennes<sup>181</sup> de l'être humain ne pouvaient pas être partagées, elles n'auraient plus de sens et l'être humain se sentirait complètement seul dans son vécu.

*« Tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »*<sup>182</sup>

Françoise Dolto

<sup>179</sup> BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, p. 27

<sup>180</sup> Ibid. p. 27

<sup>181</sup> Vivre une expérience heureuse, contempler les beautés du paysage, recevoir ou donner des soins, partager un repas, etc...

<sup>182</sup> Evene.fr Toute la culture « 80'000 citations du monde » [En ligne]. Adresse URL : <http://www.evene.fr/citations/> (page consultée le 14 avril 2008)

## **Les attitudes thérapeutiques<sup>183</sup>**

Afin de pouvoir aider ses patients à travers la relation d'aide, l'infirmière doit avoir plusieurs attitudes qui permettront au patient d'exprimer ses sentiments, ses difficultés, ses angoisses, ses rêves et qui aideront le patient à trouver des ressources. Il s'agit de l'écoute, de l'acceptation, de l'absence de jugement, de l'empathie et de la congruence. Les voici de manière plus détaillée :

« *L'écoute* » : elle est spécifique à la relation d'aide : on n'écoute pas parler quelqu'un dans sa vie quotidienne comme on écoute un de ses patients durant la relation d'aide. Cette écoute est centrée sur le patient qui doit se sentir unique. Il existe trois niveaux d'écoute. Le premier concerne les dires du patient. Le soignant écoute son patient comme s'il écoutait une histoire. Le deuxième niveau consiste à observer et à capter le comportement non verbal du patient (mimiques du visage, position, amplitude des gestes, etc...). Le troisième niveau d'écoute concerne l'écoute du soignant lui-même. Ce point est autant important que les précédents car le soignant doit écouter ses propres sentiments qui émergent des dires du patient et être au clair avec ce qu'il ressent. De cette façon, il peut être une source d'aide tout en maîtrisant ses propres sentiments.

« *L'acceptation* » : elle consiste à accepter le patient tel qu'il est. Le soignant a pour but d'essayer de comprendre au mieux ce que dit le patient et non de dire s'il est ou non d'accord avec lui.

« *L'absence de jugement* » : le jugement consiste à « *porter une appréciation sur quelque chose, se faire une idée, imaginer quelque chose.* »<sup>184</sup>. Il s'agit de ne pas poser de jugement sur les dires, sur les valeurs ou sur le comportement du patient. Il est donc possible que l'infirmière ne soit pas d'accord avec les dires du patient. Cependant, il est primordial de ne pas le juger.

<sup>183</sup> Les attitudes thérapeutiques sont tirées du livre suivant : BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, p.49 à 60

<sup>184</sup> Ibid. p.55

« *L'empathie* » : Selon Rogers, « "percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjectif d'autrui, comme si, on était cette personne, sans toutefois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue, comme si. " »<sup>185</sup>. L'infirmière peut être heureuse ou être attristée par une situation comme si c'était elle qui la vivait. Cependant, il est important que l'infirmière ne prenne pas sur ses épaules toutes les peines de ses patients. Elle doit donc trouver la bonne distance, soit une distance thérapeutique. Cette dernière signifie que l'infirmière ne doit pas être trop près du malade, sinon la relation devient intime. D'un autre côté, l'infirmière ne doit pas être trop loin du malade, sinon elle ne peut pas faire de la relation d'aide. Il faut trouver le juste milieu.

« *La congruence* » : le soignant doit être fidèle à lui-même. Il doit être authentique. Lors de la relation avec ses malades, le soignant ne doit pas faire semblant car le malade va s'en rendre compte, ce qui rendra l'approche plus difficile.

### **Les techniques thérapeutiques**

Diverses techniques<sup>186</sup> peuvent être mobilisées par les soignants dans le but d'entretenir une relation et d'approfondir un dire du patient. Il s'agit par exemple des questions ouvertes et fermées, de la reformulation du contenu, de la clarification, etc... Les voici de manière plus détaillée.

« *Les questions ouvertes et fermées* » : les questions ouvertes permettent aux patients d'exprimer leurs sentiments, leur ressenti, leurs émotions, etc... Elles donnent la possibilité aux patients de répondre de manière plus étendue qu'aux questions fermées. Les réponses à ces dernières sont généralement « oui » ou « non ».

« *La reformulation du contenu* » : le soignant reformule ce que vient de dire le patient. Cette technique permet d'évaluer et de réajuster la bonne compréhension du soignant. De plus, le patient se sent écouté et entouré.

« *La clarification* » : le soignant demande à son patient d'expliquer à nouveau certains dires. Cette technique apporte une meilleure compréhension de la part du soignant mais permet aussi au patient de mieux se connaître en étant plus précis sur certains éléments et en les développant. L'analyse de la situation par le soignant sera optimisée.

<sup>185</sup> BIOY, A., MAQUET, A., *Se former à la relation d'aide : concepts, méthodes, applications*. Ed : Dunod, Paris, 2003, p.57

<sup>186</sup> Ibid. p.61

***Pour conclure***

Pour conclure ce chapitre, deux éléments me viennent à l'esprit. Tout d'abord, pour pouvoir faire de la relation d'aide efficace, le soignant doit s'entraîner et mobiliser ses attitudes de façon appropriée. Il lui faut donc acquérir de l'expérience. Puis, je pense que pour pouvoir pratiquer la relation d'aide, un temps suffisant doit être accordé au patient et au soignant. Il est donc important que le soignant puisse planifier et accorder son temps à ses patients durant son travail.

***Argumentation de l'annexe***

Il s'agit ici de vous faire part de manière synthétique d'un élément important dans la profession de soignant : la relation d'aide. Cette annexe vous est présentée car ce sujet constitue la principale source de motivation des soignants. Cette relation n'est donc pas négligeable. Dans cette recherche, elle occupe cette place car elle est un des résultats de mes thèmes principaux.