



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2022 – 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION : PSYCHIATRIE ET SANTÉ MENTALE

**LE RÔLE DE L'INFIRMIER(ÈRE) EN CENTRE MÉDICO-
PSYCHOLOGIQUE
DANS LA PRISE EN SOINS DU BURN-OUT PROFESSIONNEL**

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à Lille
Département de la Faculté de Médecine Henri Warembourg (Pôle Formation)

Par Farida AGOUNI

MEMBRES DU JURY :

Président du jury : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Enseignant Infirmier : Madame Léone DE OLIVEIRA

Directeur de mémoire : Madame le Docteur Caroline BERNARD

Tuteur professionnel : Monsieur Morwan ALA

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

REMERCIEMENTS

Je remercie les membres du jury, Monsieur le Professeur Éric WIEL, ainsi que Madame Léone DE OLIVEIRA.

Merci infiniment à ma directrice de mémoire Le Docteur Caroline BERNARD et mon tuteur professionnel et cadre de santé, Monsieur Morwan ALA, pour leur accompagnement, leur soutien, leur disponibilité et la grande richesse de nos échanges lors de l'élaboration de ce travail.

Merci à la F2RSM des Hauts de France, plus particulièrement à Margot TRIMBUR et Joel CHARBIT pour leur aide méthodologique et à Delphine PASTUREAU pour son accueil durant mon stage.

Merci à l'EPSM de l'Agglomération Lilloise de m'avoir permis de suivre ce cursus et à la direction des soins de m'avoir permis de le suivre dans de bonnes conditions.

Merci à l'équipe pédagogique de la formation IPA de la Faculté de médecine Henri Warembourg, particulièrement Marie-Eve GODEFFROY pour sa présence, son professionnalisme et sa bienveillance à chaque étape de ce parcours.

Merci à l'ensemble de mes collègues du G15 : médecins, infirmiers, psychologues, secrétaires, assistantes sociales, cadres de santé pour leur soutien. Je remercie plus particulièrement le chef de pôle le Docteur Eric DIERS et Mr David DEHONDT, cadre supérieur de santé, pour leur confiance.

Merci à Christelle REMY, du centre de documentation de l'EPSMAL pour son aide précieuse lors de mes recherches bibliographiques.

Je remercie tous les infirmiers ayant accepté de participer à mon étude, pour leur confiance. Merci également aux encadrants pour l'intérêt porté à mon étude et merci d'avoir facilité la réalisation et l'organisation des entretiens.

Merci à l'équipe de PSYPRO de Villeneuve d'Ascq de m'avoir accueilli durant mon stage et de m'avoir apporté des éléments ayant contribué à l'enrichissement de mon travail. Merci particulièrement à Julie, Chloé, Sébastien et Caroline.

Merci à mes collègues IPA de l'EPSMAL, nouvellement diplômés, pour leurs précieux conseils et leurs partages. Merci à Marc-Anthony LEROY, Marion DEROCQ et Elodie ORINEL.

Merci à l'ensemble du personnel du pôle du G13 pour leur accueil chaleureux durant mon stage et l'apport de nos échanges dans ce travail. Merci infiniment à mon tuteur de stage Marc-Anthony LEROY.

Merci à mes partenaires de promotion, plus particulièrement Marion, Amélie, Blandine pour tous les moments passés durant ces 2 ans.

Merci à mes collègues et amis de croire en moi et de me soutenir dans ce projet : Marlène, Sabine, Sébastien, Angélique, Pascaline, Catherine, Marie-Christine, Emily, Corinne, Brigitte et Elizabeth.

Merci à mes proches, ma famille et mes amis pour leur soutien. Merci à ma sœur Fatima pour son aide et son regard bienveillant dans la relecture de mon travail.

Merci à mes enfants Amel, Ilyas et Kamila pour leurs encouragements et merci d'avoir pardonné mes absences. Merci à mon conjoint Farid pour sa patience, son aide précieuse, son regard, sa présence, ses paroles rassurantes et encourageantes, son soutien indéniable durant ces 2 ans.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	
INTRODUCTION GENERALE.....	
PARTIE 1 : INTRODUCTION.....	1
1-Les structures ambulatoires rattachées aux EPSM.....	1
2-Le rôle et les missions infirmières en structures ambulatoires.....	2
3- Le burn-out ou épuisement professionnel.....	4
4-La prise en charge du burn-out.....	9
5- Justification de l'étude.....	11
PARTIE 2 : Méthodologie de la recherche qualitative.....	11
1-Critère de validité et de rigueur.....	11
2-Type d'étude.....	12
3-Objectifs de l'étude.....	12
4-Echantillonnage.....	12
5-Méthode de recueil de données.....	13
6-Méthodologie de l'analyse.....	14
7-Encart à l'étude.....	15
PARTIE 3 : RESULTATS ET ANALYSE	16
1-Le profil des infirmiers interrogés.....	17
2-La spécificité du travail infirmier en CMP : un travail collaboratif.....	19
3-Le burn-out vu par les IDE interrogé.....	21
4-Le parcours du patient en burn-out.....	25
5-L'organisation des soins.....	28
6-Les besoins dans la prise en soins décrits par les IDE - les axes d'amélioration	31
7-Synthèse de l'entretien avec la patiente sur le vécu du rôle de l'IDE dans son parcours de soins.....	32
Partie 4 : DISCUSSION.....	34

1-Les compétences de l'IDE dans la prise en charge du burn-out.....	35
2-La relation soignant-soigné dans la prise en charge du burnout.....	36
3-Les compétences personnelles.....	37
4-Le profil des IDE interrogés et l'apport dans la prise en soins du burn-out.....	38
5-La représentation sociale de la psychiatrie par les patients.....	40
6-Le parcours des patients souffrant de burnout.....	41
7-Expérience de stage à l'hôpital de jour PSYPRO.....	42
8-Les forces et les limites de l'étude.....	44
9-Le rôle IPA dans la prise en soins du burn-out.....	46
10-Perspectives.....	48
CONCLUSION.....	
BIBLIOGRAPHIE.....	
TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX.....	
TABLE DES MATIERES.....	
ANNEXES.....	

GLOSSAIRE

IDE : infirmier (ère) Diplômé (e) d'Etat

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

CIM : Classification Internationale des Maladies

INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité

ANACT : Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail

IPBO : Institut de Prévention du Burn-Out

RPS : Risques Psycho-Sociaux

HAS : Haute Autorité de Santé

COREQ: COnsolidated criteria for REporting Qualitative research.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

UPG : Unité de Psychiatrie Générale

MBI : Maslach Burnout Inventory

PTSD : Post Traumatic Stress Disorder

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CUMP : Cellule Urgence Médico-Psychologique

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

INTRODUCTION GENERALE

En France, le burn-out professionnel est devenu un problème majeur de santé publique. Il est influencé par des facteurs individuels, organisationnels et sociétaux. Parmi les facteurs sociétaux, un rapport au travail qui se modifie depuis ces dernières années, la situation économique entraînant des conditions de travail qui se dégradent et les risques psycho-sociaux inhérents à chaque profession.

Les chiffres de prévalence et d'incidence sont variables. Cette variabilité est due aux difficultés à poser ses limites avec précision d'un point de vue nosographique. Il ne fait actuellement pas partie des diagnostics officiels de maladie dans les classifications de références (DSMV).

Ce terme vient du psychanalyste allemand Freudenberg, qui le décrit en 1971. Christina Maslach, psychologue sociale américaine étudie et analyse le burn-out. Elle le décrit comme « *un état psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels quotidiens qui usent l'individu* ». (Maslach, Leiter, 1997).

En 2012, l'Institut de Veille Sanitaire décrit la répartition des différents troubles de souffrance psychique en lien avec le travail : le burn-out représentait 7 % des troubles rapportés par les médecins généralistes (Khireddine et al, 2012).

En 2021, Santé publique France estime à 8% la prévalence de la dépression chez les « actifs occupés ». 2 % des salariés ont une souffrance psychique liée au travail, 2 fois plus élevée chez les femmes (3.1%) que chez les hommes (1.4%).

Depuis 2019, le burn-out apparaît dans la CIM 11 comme *phénomène professionnel* et l'OMS le décrit comme un facteur impliquant un recours aux services de santé (Chessa & Sentissi, 2023). Il est aujourd'hui un motif de consultations en constante augmentation au sein des Centres Médico-psychologiques (CMP).

L'activité du CMP s'est modifiée avec l'accueil de ces « nouveaux patients ». Ils sont adressés pour la plupart par la médecine de ville et n'ont pas toujours un critère de diagnostic d'un trouble anxieux ou d'un épisode dépressif caractérisé. La fonction de premier recours du CMP situe celui-ci comme le pivot du dispositif de soins publics psychiatriques de secteur. Les IDE sont les acteurs de santé de première ligne face à ces prises en soins lors des entretiens de premières demandes.

Infirmière en CMP depuis 2003, j'ai pu constater l'évolution des profils de patients accueillis en CMP. Je prends moi-même en charge des patients souffrant de burn-out professionnel lors de suivis infirmiers ou lors d'activités thérapeutiques. Parmi mes suivis, j'ai accompagné Madame I, infirmière, âgée de 47 ans, en arrêt maladie pour épisode dépressif consécutif à un épuisement professionnel. Cette patiente m'est adressée pour mise en place de séances de musicothérapie. J'ai pu constater les conséquences liées à la symptomatologie du burn-out (bio-psycho-sociales) mais également les liens et « intrications » avec d'autres pathologies psychiatriques. Cette prise

en soins a mobilisé l'équipe pluridisciplinaire du CMP mais également la collaboration avec la médecine de ville.

Mon projet de recherche est né d'un constat fait dans le cadre de nos réunions pluriprofessionnelles de première demande. Les motifs d'adressage pour burn-out représentent un nombre fréquent de situations évoquées par semaine. Le personnel infirmier présent lors de ces réunions exprime ses difficultés dans la proposition de soins. J'ai observé une variabilité dans la prise en soins infirmière des patients souffrant de burn-out. En effet, certains IDE expriment leurs « limites » dans cette prise en soins alors que d'autres mobilisent les ressources du service ou en créent de nouvelles afin d'avoir une offre de soins élargie.

Face à ce constat et au regard de l'augmentation croissante des motifs de consultations pour burn-out en CMP, il me semble pertinent d'interroger les soignants sur leurs pratiques en lien avec la spécificité de ces « nouveaux » patients, dont le motif ne correspond à aucune classification nosographique.

De ce fait, ma question de recherche est la suivante : **quel est le rôle de l'IDE en CMP dans la prise en soins des patients souffrant de burn-out ?**

L'objectif principal de cette étude qualitative est de recueillir, par le biais d'entretiens individuels, les pratiques professionnelles des IDE lors de cette prise en soins.

Pour apporter des éléments de réponse à cette question, mon travail se développe en plusieurs parties. Tout d'abord, je vais présenter et définir le cadre théorique des éléments de ma question de recherche ; notamment les concepts de la prise en soins et du burn-out. Ensuite, je vais décrire la méthodologie de recherche. Enfin, je présenterai les résultats et l'analyse des entretiens effectués. La partie discussion reprendra les principaux résultats de l'analyse des entretiens auprès des IDE. Je terminerai par la projection du rôle de l'IPA dans la prise en soins du burn-out.

PARTIE 1 : INTRODUCTION

1-Les structures ambulatoires rattachées aux EPSM

En France, la politique publique de soins psychiatriques s'appuie sur la circulaire du 15 mars 1960 (*Circulaire du 15 mars 1960*, s. d.). Cette circulaire vise à **développer les soins ambulatoires par une équipe pluridisciplinaire** ayant en responsabilité la prise en charge de tous **les patients de son territoire**. (Lopez, Turan-Pelletier, 2017) (*rapport_lopes.pdf*, s. d.)

Les secteurs de psychiatrie publique sont rattachés aux Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM). Leurs missions sont de prendre en charge les personnes souffrant de troubles psychiques au sein d'une population, d'en assurer le diagnostic, la surveillance, le traitement, de mener des actions de prévention et d'éducation à la santé.

1-1-Le Centre Médico-Psychologique

Institué par le décret de 1986 (*Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique*. - *Légifrance*, s. d.), les CMP sont des unités d'accueil et de coordination qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. C'est un lieu de soin public proposant des consultations médico-psychologiques et sociales à toute personne en difficultés psychiques (Savalli, s. d.-b), en accueil programmé ou en urgence.

La circulaire du 14 mars 1990 (*Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale - APHP DAJDP*, s. d.), réaffirme la **fonction de premier recours des CMP** afin « *d'offrir des soins primaires près de la population et de faire contre-poids à l'hospitalo-centrisme* ». Le CMP est conçu comme le **pivot du dispositif de soins** du secteur (unité d'hospitalisation, Hôpital de jour, CATTP) en charge de **coordonner** les activités ambulatoires avec les autres structures ambulatoires (les CATTP : Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel).

Les patients sont accompagnés par une équipe pluriprofessionnelle soignante et sociale. La plupart des CMP ont une vocation polyvalente et reçoivent tous types de patients, à la fois des profils sévères (psychose, schizophrénie) et des patients présentant des troubles de l'humeur d'intensité variables.

L'équipe pluriprofessionnelle se compose de médecins, infirmiers, cadres de santé, infirmiers de pratiques avancées, assistantes sociales, psychologues, secrétaires médicales, neuropsychologues, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes.

Le cœur de l'activité est l'accueil de proximité de la population sur orientation ou sur demande directe où est proposé un entretien. Un des objectifs de la prise en charge est la gestion des

situations complexes et la réinsertion des patients en limitant autant que possible l'impact de leurs troubles sur leur vie quotidienne.

La loi HPST du 21 juillet 2009 (LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009) définit une nouvelle organisation des établissements de santé du sanitaire et médico-sociale qui vise à mettre en place « *une offre de soins graduée, accessible à tous et satisfaisant à l'ensemble des besoins de santé.* »

1-2-Le Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel

Le CATTP est un lieu de soin public sectorisé proposant des actions thérapeutiques de soutien. Les équipes sont pluriprofessionnelles.

Les missions sont définies par l'arrêté législatif du 14 mars 1986 du Code de la Santé Publique (*Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique.* - Légifrance, s. d.)

Les activités thérapeutiques sont proposées autour de multiples supports : artistiques (le dessin, la peinture, la musique, le théâtre...), à expressions corporelles (relaxation, danse, sophrologie..)

Les ateliers proposés sur prescription médicale au sein des CATTP favorisent, par le biais de ces médiations, la **reprise de liens sociaux, la communication, les approches relationnelles, la communication, l'affirmation de soi** (Savalli, s. d.-a). Ils sont aussi un moyen de **prévention de la rechute** donc de l'hospitalisation.

Les activités sont animées majoritairement par des infirmiers, le CATTP est un outil de soins essentiel et central dans l'accompagnement et le processus de soins du patient.

2-Le rôle et les missions infirmières en structures ambulatoires

2-1-La prise en soins infirmière selon les sciences infirmières

Dans le domaine du soin infirmier, le prendre soin vient de l'anglais « to care » qui se traduit en français par : avoir le souci de..., se préoccuper de. Ce terme comprend 2 sens : la relation de soin et l'action de soins.

L'action dans le « prendre soin » englobe divers actes et correspond dans une situation de soins à l'analyse, la compréhension et la réponse.

En France, c'est Marie Françoise Collière dans les années 80 qui a réintroduit ce concept. Ainsi, pour elle, soigner c'est : « *entretenir la vie en assurant la satisfaction d'un ensemble de besoins indispensables à la vie, mais qui sont diversifiés dans leurs manifestations* ». (Collière, 1986) (Vigil-Ripoche, 2011)

Les infirmières en France placent le prendre soin comme leur « cœur de métier » et le représente comme « *généreux et bienveillant* ». (Vigil-Ripoche, 2011b)

La théorie du *Human Caring* de Jean Watson (Cara & O'Reilly, 2008)

Le concept de *caring* est au centre de la discipline infirmière dans les années 40. Jean Watson infirmière humaniste et scientifique, affirme en 1985, la centralité du « *caring dans la relation interpersonnelle et thérapeutique* ». L'intentionnalité et la conscience sont les fondements de l'engagement au *caring* dans l'attention portée à l'autre (Watson, 2002). Elle est influencée par les travaux de Carl Rogers.

L'éthique du *caring* (Watson, 1997) propose ce principe comme un idéal moral pour les infirmiers et pour les professionnels de santé.

Watson (1979) démontre « *que le caring, dont la finalité est la satisfaction de la personne soignée, favorise le développement des potentialités permettant à une personne de choisir la meilleure action pour elle-même à un moment donné, en tenant compte de l'entourage... Il peut être pratiqué de façon efficace, dans les activités de soins, au travers de relations interpersonnelles.* » (Watson, 1997 traduction Bonnet 1998).

Le modèle humaniste en soins infirmiers

Walter Hesbeen développe une vision humaniste des soins infirmiers, prendre soin consiste « *à porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière, et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être* » (Hesbeen, 1997).

2-2- La prise en soin infirmière : aspect législatif

Le rôle propre infirmier dans le domaine de la santé mentale est régit par le décret du 29 juillet 2004 (*Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V dispositions réglementaires du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Légifrance, s. d.*). Parmi **les actes et soins effectués par l'infirmier en santé mentale**, je cite :

- Assurer une **permanence dans l'accueil** de la personne et de son entourage, **entretiens individuels d'évaluation clinique**, assurer un soutien, initié un projet de soins.
- Aide dans les **démarches administratives et professionnelles**.
- Surveillance et évaluation des engagements thérapeutiques qui associent le médecin, l'infirmier et le patient.
- Animations d'activités socio-thérapeutiques individuelles ou en groupe.
- En l'absence de médecin, il est habilité dans **les situations d'urgence** ou de détresse psychologique à **mettre en œuvre des protocoles de soins** dans l'attente d'une intervention médicale et ainsi amorcer l'orientation vers la structure de soins appropriée à son état.
- Interventions **à domicile** notamment dans l'accompagnement des pathologies lourdes et chroniques.
- Rôle de **coordination** pour garantir la **continuité des soins**. L'infirmier noue des liens avec des partenaires médico-sociaux et sanitaires (Centre Communal d'Actions Sociales, médecins du travail...)

2-3- La prise en soins infirmière : aspect pratique

Le rôle infirmier en CMP requiert plus d'autonomie et de développement de connaissances spécifiques dans les soins relationnels. Parmi les missions, l'infirmier assure (**annexe 1**) :

- **un travail en réseau et en partenariat**, des échanges et une interface avec les établissements de soins, médico-sociaux, éducatifs, services sociaux, les associations (tutélaires, associations en santé mentale...), les acteurs de soins de la ville.
- **la permanence et l'accueil** des patients, de leur famille et de l'entourage.
- **la participation à des actions de psychoéducation**, activités thérapeutiques de groupe.
- **l'accueil, l'entretien, l'évaluation** des premières demandes.
- **la participation aux réunions pluriprofessionnelles** d'orientation et au projet de soin du patient.
- **l'évaluation clinique** programmée ou en urgence, suivi individualisé de patients sur prescription médicale.
- **la surveillance** des traitements et de leur efficacité.

3- Le burn-out ou épuisement professionnel

3-1- Choix de la terminologie pour le mémoire

Le psychiatre BOUDOUKHA dans son ouvrage « Burn-out et stress post-traumatique » développe l'intérêt et l'enjeu de la compréhension du terme burn-out. La traduction anglosaxonne de « *to burn* » signifie griller, brûler. C'est un terme emprunté de l'industrie aérospatiale qui indique l'épuisement du carburant de la fusée entraînant une surchauffe du moteur et un risque d'explosion de l'engin. La traduction en français par épuisement ne rend pas complètement compte du concept. Le stress chronique vécu au travail peut effectivement s'approcher de l'épuisement, la fatigue renvoie à une idée de « perte de force et d'énergie » mais ces termes peuvent créer une confusion avec d'autres états notamment physiques. Une personne peut se sentir usée, épuisée, sans pour autant souffrir de burn-out (Boudoukha, 2020).

3-2-Définitions

Le burn-out désigne « *un état d'épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel* ». Il se caractérise par un processus de dégradation du rapport subjectif au travail. Concrètement, face à des situations de stress professionnel chronique, la personne en burn-out ne parvient plus à faire face. (HAS, 2019)

Le stress professionnel : état de déséquilibre entre la perception par la personne des contraintes de son environnement et des ressources dont elle dispose pour y faire face. L'évaluation des contraintes et des ressources est d'ordre psychologique, mais le stress peut avoir des conséquences tant physiques que psychologiques (Stress au travail, INRS, s. d.). Il est un des facteurs de risque du burn-out.

3-3- La prévalence et l'incidence

Les chiffres de prévalence du burn-out sont variables selon les études et les instituts. Cette variabilité est due aux difficultés à poser les limites du burn-out avec précision.

En 2012, Santé Publique France décrit la répartition des différents troubles de souffrance psychique en lien avec le travail : **le burn-out représente 7 %** des troubles rapportés par les médecins généralistes. Ce chiffre est probablement sous-estimé au regard du diagnostic différentiel difficile entre le burn-out et les troubles dépressifs. L'augmentation des taux de prévalence est à mettre en parallèle avec une dégradation constatée des conditions de travail et d'une médiatisation croissante de cette problématique. (Khireddine et al, 2012)

Les chiffres de Santé Publique France en 2017 : 8% de prévalence de la dépression au cours des 12 mois chez les « actifs occupés »(*Souffrance psychique et épuisement professionnel*, s. d.) et 2 % des salariés ont une souffrance psychique liée au travail.

La souffrance psychique au travail est 2 fois plus élevée chez les femmes (3.1%) que chez les hommes (1.4%) en 2012. L'augmentation de la prévalence de la souffrance au travail est en lien avec une augmentation constante de la dégradation des conditions de travail. (Santé Publique France, 2017)

La Haute Autorité de Santé dans son rapport d'élaboration sur le burn-out de mars 2017 indique que les métiers les plus visés sont les métiers du soin et les travailleurs sociaux (Borritz et al 2005). Ces professions cumulent effectivement de nombreux facteurs favorisant la survenue de ce syndrome : travail dans l'urgence et fractionné, surcharge horaire, implication humaine très importante liée à la fonction de soin, de soutien et d'aide, etc. (HAS, 2017)

La plupart des études sur la prévalence sont faites auprès des professionnels ayant un métier de services et d'aide. Ces taux vont de 25 à 60% (Metlaine et al., 2018)

3-4- Historique du burn-out

Le terme de burn-out vient de HERBERT FREUDENBERGER en 1971, psychanalyste allemand. Il souhaitait alors décrire la perte d'enthousiasme chez des bénévoles consacrant leur temps auprès d'usagers de drogues. Il s'agit pour lui d'un épuisement émotionnel. Les ressources internes viennent se consumer « tel un incendie » provoquant un vide immense.(Freudenberger, 1986)

Christina MASLACH, psychologue sociale américaine, en 1980, a étudié et analysé l'épuisement professionnel. Elle le décrit comme « *un état psychologique et physiologique*

résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels quotidiens qui usent l'individu ».(Maslach & Leiter, 2016)

3-5-Un syndrome plus qu'une maladie

Le burn-out apparait dans la classification des maladies, par l'Organisation Mondiale de la Santé, dans les facteurs impliquant un recours aux services de santé. Il est considéré comme un syndrome lié à un stress chronique au travail (Burn-out an « Occupational Phenomenon », s. d.)(OMS, 2019). L'OMS caractérise le burn-out comme un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail. Le burn-out est inclus dans la 11 e révision de la CIM-11 en tant que « phénomène professionnel ». L'épuisement professionnel est défini dans la CIM-11(ICD-11, s. d.) comme suit :

« L'épuisement professionnel est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été géré avec succès. Il se caractérise par trois dimensions :

- *Un sentiment d'épuisement ou d'épuisement de l'énergie ;*
- *Une distance mentale accrue par rapport à son travail, des sentiments de négativisme ou de cynisme liés à son travail.*
- *Une réduction de l'efficacité professionnelle.*

L'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) décrit le syndrome d'épuisement professionnel comme un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique. (Epuisement professionnel ou burnout.Risques - INRS, s. d.)

Le burn-out ne serait donc, pas une nouvelle catégorie de maladie psychiatrique, même si ce syndrome peut être associé à de l'anxiété et de la dépression.

3- 6- La symptomatologie

La psychologue sociale Christina Maslach décrit le burn-out comme un syndrome qui toucherait plus particulièrement les personnes dont le métier les engage dans une relation d'aide (Maslach et Leiter, 2015). Elle décrit 3 dimensions :

-l'épuisement émotionnel : l'individu atteint son seuil de saturation émotionnelle et n'est plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Il se manifeste par une fatigue intense et inhabituelle, de la colère, un retrait social, une réticence au changement.

-la dépersonnalisation ou déshumanisation : difficultés à voir en l'autre les dimensions humaines. Elle se manifeste par un cynisme, une perte d'empathie, une baisse de l'investissement et une absence de considération.

-la diminution de l'accomplissement : sentiment de perte d'efficacité professionnelle voire un sentiment de « nullité » et d'incompétence. L'individu doute de lui et de ses compétences, il se dévalorise se culpabilise et se démotive.

Selon MASLACH, le syndrome de burn-out se développe de façon progressive. Le professionnel se retrouve rejeté, privé de soutien social avec des répercussions intra familiales importantes. Il est le résultat d'un épuisement chronique des ressources d'adaptation de l'individu, causées par l'exposition prolongée au stress lié au travail. (Metlaine et al., 2018)

Les stades :

Le burn-out s'installe en 4 stades qu'il faut savoir repérer précocement.

Selon le modèle de l'Institut de prévention et d'accompagnement du burn-out (IPBO) :

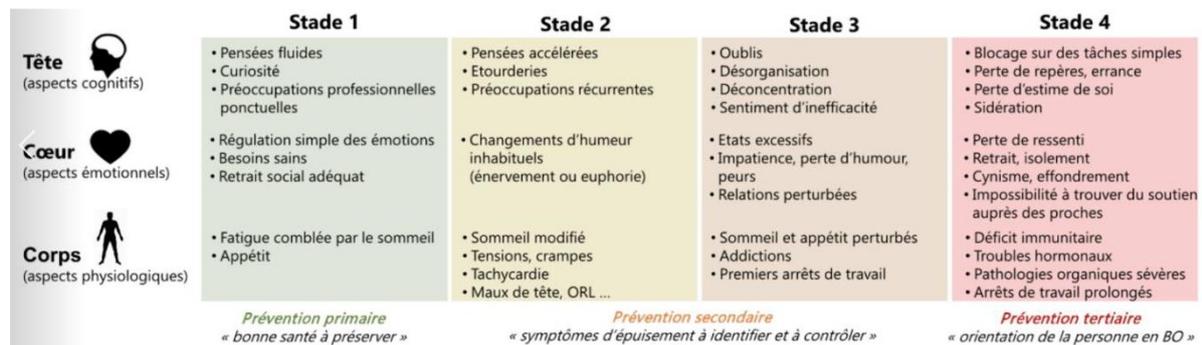


Figure 1. Modèle descriptif des phases du burnout selon l'IPBO tel que décrit par M. WILLEMS & K. MALFILATRE.

Il existe 4 stades d'évolution de la fatigue vers le burn-out (Delbrouck, 2021) :

-Stade 1 : la fatigue disparaît avec le repos. La réponse de l'organisme reste dans les limites physiologiques.

-Stade 2 : les mécanismes de récupération s'amorcent sans aller à terme et la personne évolue vers le surmenage.

-Stade 3 : des manifestations pathologiques apparaissent (troubles digestifs, douleur, irritabilité, dépression)

-Stade 4 : l'organisme capitule, les mécanismes régulateurs sont détruits et les dommages sont irréversibles.

Un déséquilibre se crée entre l'exigence des demandes et les différentes ressources qui deviennent insuffisantes : ressources matérielles, psychologiques. L'individu n'arrive plus à gérer ses stratégies de régulation du stress environnemental. C'est bien **le stress chronique, l'environnement et la nature du travail qui construisent le burn-out**. Il s'explique par la rencontre d'un individu avec un environnement de travail dégradé. Il résulte d'un **ensemble de causes liées à la fois au travail et à l'individu**.

3-7- Les facteurs de risques

Les risques psycho-sociaux ou RPS :

Cette notion est apparue dans les années 70, il s'agit « *de risques professionnels qui portent atteintes aussi bien à la santé physique que mentale des travailleurs (troubles dépressifs, troubles musculosquelettiques, maladies cardio-vasculaires* » (Santé Publique France,2021)

Le rapport Gollac (Askenazy et al., s. d.), rédigé en 2011, repose sur l'identification des risques psychosociaux. Il en énumère six catégories, parmi elles, on trouve :

- l'**intensité et l'organisation du travail** : la surcharge, les imprécisions des missions...
- les exigences émotionnelles** ou charge émotionnelle présentes plus spécifiquement dans les métiers de l'aide, du soin.
- le **manque d'autonomie** et la **marge de manœuvre**.
- les **relations** dans le travail, **les rapports sociaux**.
- les **conflits de valeurs**.
- l'**insécurité de la situation de travail** liée aux conséquences socio-économiques.

Les facteurs de risques liés aux caractéristiques personnelles (Delbrouck, 2021)

Certains traits de personnalité peuvent être prédictifs :

- Le neuroticisme : la faible estime de soi et l'émotivité négative.
- Le manque de hardiesse.
- Les difficultés à gérer le stress : le coping passif/défensif.
- Les tendances au perfectionnisme.
- Une propension à l'hyperactivité et à l'addiction au travail : le « workaholisme »

3-8- Les symptômes associés.

L'INRS en 2022 publie un dossier sur le burn-out et décrit les symptômes associés que l'on peut regrouper en 5 catégories (INRS, 2022) :

1-les symptômes physiques (les plus fréquents) : troubles du sommeil, fatigue chronique, insomnies, douleurs musculosquelettiques diffuses, maladies cardiovasculaires.

2-les symptômes cognitifs : manque de concentration, fautes, oublis, difficultés à réaliser plusieurs tâches. 70.8% des patients en burn-out se plaignent de troubles de la concentration, 41.5% se plaignent de troubles de la mémoire (Dewell et al., 2013)

3-les symptômes comportementaux : augmentation de l'abus de substances toxiques, irritabilité, impulsivité, isolement social.

4-les symptômes motivationnels : désengagement progressif, baisse de la motivation, remise en cause professionnelle.

5-les symptômes émotionnels : perte de contrôle, irritabilité, hypersensibilité, peurs et tensions nerveuses.

L'installation de ces symptômes et signes cliniques se fait de manière dynamique (**annexe 2**) (Weber & Jaekel-Reinhard, 2000)

-Burn-out et dépression. Ce qui distingue le burn-out de la dépression dans un premier temps : les symptômes se manifestent en situation de travail dans les premiers stades, le sujet demeure productif dans d'autres domaines. Les symptômes de la dépression sont quant à eux envahissant et affectent toutes les sphères de la vie.

Une revue de littérature publiée en 2015 avait pour objectifs d'identifier les points de chevauchement entre le burn-out et la dépression.

Les personnes souffrant d'épuisement professionnel décrivent des symptômes similaires à la dépression. Dans **90 % des cas, les personnes se plaignant d'épuisement répondent également aux critères d'un diagnostic provisoire de dépression** (Bianchi et al., 2015)

Un sujet en burn-out donne l'impression d'une énergie vitale plus soutenue, la perte de poids et l'inhibition psychomotrice sont moins marquées (Zawieja,2015). L'épisode dépressif caractérisé ainsi que les troubles anxieux sont souvent la conséquence du burn-out traité tardivement. (Zawieja, 2015).

3-9- Les outils de mesure

Ils sont nombreux, le plus connu est le **MBI : Maslach Burn Out Inventory (annexe 3)** développé par Maslach et Jackson en 1981 : c'est l'outil d'évaluation de référence du burn-out, scientifiquement validé et le plus couramment utilisé. Il consiste en l'évaluation précise des 3 dimensions décrites par Maslach. C'est un questionnaire d'auto-évaluation. Il en existe plusieurs versions destinées à des catégories professionnelles spécifiques : le MBI-Human Service Survey, pour les professions d'aide et de soins, le MBI- Educators Survey pour les professions de l'enseignement et de la formation ; le MBI-General Survey pour la population active générale. (ANACT et INRS, 2015)

4-La prise en charge du burn-out

4-1-Les recommandations de la HAS

La HAS publie le 22 mai 2017 un rapport d'élaboration, mis à jour en 2019, des recommandations dans l'aide au repérage et à la prise en charge clinique du burn-out destinées prioritairement aux services de santé au travail et médecins généralistes.

La démarche diagnostique (HAS, 2017) :

- **Repérer les facteurs de risques** : évaluer la sévérité du trouble et les liens avec le travail, l'état émotionnel, cognitif (trouble de la mémoire, concentration), comportemental, motivationnel, les manifestations physiques (asthénie, douleurs, céphalées...)
- **Repérer les états sous-jacents** : troubles anxieux et dépressifs, troubles de l'adaptation, état de stress post-traumatique.
- **Effectuer un bilan somatique** à la recherche d'une pathologie organique associée.
- **Evaluer le risque suicidaire.**

La prise en charge (HAS, 2017) :

- **Le médecin traitant** coordonne la prise en charge et adresse vers un psychiatre si nécessaire mais se met également en contact avec le médecin du travail.
- **La prescription d'un anti-dépresseur** est recommandée si présence d'un trouble anxieux ou dépressif.
- **La prise en charge non médicamenteuse** : interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue.
- **Les interruptions temporaires de travail** sont souvent nécessaires.
- **Les actions de prévention** individuelles et/ou collectives.
- **Les aspects médico-socioprofessionnels** : aide aux démarches médico-administratives.

4-2-Facteurs individuels qui favorisent le traitement

Michel DELBROUCK décrit dans son ouvrage « *Comment traiter le burn-out* », les facteurs individuels qui favorisent le traitement : **les capacités d'introspection** du patient qui est davantage dans le lâcher prise, **la compréhension profonde par le professionnel** consulté est également en faveur d'une bonne évolution ainsi que **le soutien de l'entourage**. (Delbrouck, 2021)

4-3-Les étapes de la prise en charge

Le patient victime de burn-out traverse plusieurs étapes vers la reconstruction.(Delbrouck, 2021)

Phase 1 : l'acceptation. Le patient réapprend à écouter son corps, ses limites. Il réinvestit sa vie privée par le loisir.

Phase 2 : la reconstruction de l'estime de soi. Travailler l'assertivité, avoir une vision positive de soi, mettre des limites.

Phase 3 : le sens des valeurs. Le patient va remettre les priorités, les valeurs. Comment peut-il être cohérent avec ses valeurs dans le monde professionnel ?

La **psychothérapie est un complément indispensable** à la prise en charge médicamenteuse car elle permet au patient de comprendre pourquoi il en est arrivé là. Elle permet d'analyser les facteurs propres à la personnalité et les facteurs organisationnels afin de ne pas reproduire les mêmes schémas et éviter une récurrence.

5- Justification de l'étude.

Infirmière en CMP depuis 2002, nous constatons depuis quelques années une augmentation des prises en charge pour souffrance au travail adressées ou non par la médecine de ville, le burn-out représente un motif fréquent d'orientation vers les CMP.

Les IDE sont des acteurs de première ligne dans cette prise en soins lors des entretiens de première demande mais également par la mise en place de suivis infirmiers. Mes diverses recherches bibliographiques ne m'ont pas permis de trouver d'études sur la prise en soins du burn-out par les IDE en CMP. Mon étude est donc une étude exploratoire dont l'objectif principal est d'identifier le rôle de l'IDE en CMP dans la prise en soins du burn-out professionnel.

PARTIE 2 : Méthodologie de la recherche qualitative

La recherche qualitative correspond selon Glaser et Strass à « *tout type de recherche qui produit des données qui ne sont pas issues de procédures statistiques ou d'autres moyens de quantification* » (Glaser & Strauss, s. d.) (guide méthodologique de la F2RSM)

Avant de procéder au choix de mon étude, je me suis rendue à la Fédération de recherche en santé mentale des Hauts de France, en août 2023, afin de préciser quelle méthode était la plus pertinente au regard de ma problématique.

La recherche qualitative se prête bien à l'analyse de la pratique professionnelle des infirmiers et me permet d'explorer la dimension subjective du soin, en prenant en compte le soignant dans son milieu de travail ainsi que le contexte dans lequel il exerce.

Cette méthodologie permet de recueillir des données en lien avec le savoir et l'expérience. Elle favorise **la compréhension réflexive** des pratiques.

1-Critère de validité et de rigueur

La qualité du travail est tracée à l'aide de la grille COREQ (Gedda, 2015) traduite en français (**annexe 4**)

J'ai bénéficié de 5 consultations d'aide méthodologique à la F2RSM à chaque étape de l'étude :

20 juillet 2023- 8 août 2023- 3 octobre 2023- 6 février 2024- 12 mars 2024.

Un stage de 15 jours en janvier 2024 à la F2RSM a permis de réaliser une partie du codage.

La tenue d'un journal de bord réflexif en amont et durant toute l'étude est faite. La triangulation de l'analyse permet un regard croisé.

La recherche bibliographique précédant l'étude est réalisée à partir des sites internet : PUBMed, Cairn, Google Scholar, banques de données en santé publique.

2-Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative multicentrique exploratoire qui utilise la méthode d'entretiens semi-directifs centrée sur 3 secteurs de psychiatrie adulte de la Métropole Lilloise.

3-Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de recueillir les pratiques des infirmiers dans la prise en soins des patients souffrant de burn-out professionnel, au sein des CMP de psychiatrie adulte, selon les structures d'accueil et l'expérience du soignant.

4-Echantillonnage

L'échantillonnage raisonné avec critères de variation maximale est choisi pour l'étude ;
« Un recrutement sélectif des sujets qui vont pouvoir apporter le plus d'informations possibles sur le phénomène étudié, dans le but de le comprendre au mieux » (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France, s. d.)

La population est composée d'infirmiers travaillant en structures ambulatoires (CMP-CATTP), sur 3 secteurs de psychiatrie générale adulte de la Métropole Lilloise. Le choix des secteurs de psychiatrie s'est fait afin de favoriser la diversité liée à la population accueillie et aux modes d'exercices. Nous avons choisi 2 secteurs en périphérie lilloise et 1 secteur plus éloigné de l'agglomération.

Initialement, 4 secteurs sont sollicités. Tous les encadrants ont répondu favorablement à la demande et ont relayé le mail de participation à l'étude aux IDE. Dans un des centres, il n'y a pas eu de réponses des IDE à la suite de la demande. Au regard du nombre suffisant de participants des 3 autres secteurs, le centre en question n'a pas été relancé.

Les critères d'inclusion :

Pour chaque centre, les cadres infirmiers sont sollicités pour recruter 4 IDE : 2 IDE avec moins de 2 ans d'expérience dans la structure et 2 IDE avec plus de 2 ans d'expérience dans la structure.

Au final, 10 IDE sont interrogés dont 6 IDE avec moins de 2 ans d'expérience dans la structure et 4 IDE avec plus de 2 ans d'expérience dans la structure.

Les critères de non-inclusion : aucun critère de non-inclusion.

5-Méthode de recueil de données

5-1- Elaboration du guide d'entretien

Le guide d'entretien est élaboré avec l'aide de la consultation d'aide méthodologique de la F2RSM des Hauts de France en présence d'un sociologue et d'un médecin psychiatre.

Ce premier guide est testé auprès de trois infirmiers répondant aux critères d'inclusion sur deux structures différentes. Les entretiens pilotes ne sont pas retranscrits ni analysés.

A la suite de ces trois entretiens, la grille est légèrement modifiée en apportant quelques précisions dans la formulation des questions.

Le guide d'entretien (**annexe 7**) se compose de 5 questions ouvertes suivies chacune de questions de relances. Les thèmes retenus dans cette grille sont :

- Le parcours de l'enquêté
- La spécificité du public souffrant de burn-out
- Le parcours de soins du patient en burn-out au sein des structures
- Le rapport des infirmiers avec les autres professionnels de la structure
- Les améliorations et les limites de la prise en charge du burn-out

5-2- Mode de recrutement

Le recrutement s'est fait en novembre 2023. Les entretiens se sont déroulés de décembre 2023 à janvier 2024.

Les directeurs des soins des établissements sont contactés par mail afin d'obtenir leurs accords. Les cadres de santé le sont d'abord par téléphone puis un mail reprenant les modalités et critères de recrutement leur est envoyé.

Le recrutement se fait soit par les cadres de proximité, soit par l'intermédiaire d'un infirmier exerçant au sein de la structure, connu du chercheur. A l'issue des recrutements, un mail explicatif ainsi qu'une lettre d'information et de consentement (**annexe 5**) sont adressés individuellement à chaque IDE sur leurs adresses mail professionnelles.

Un mail reprenant l'objectif de l'étude et les conditions de déroulement de l'entretien est adressé aux infirmiers la semaine précédant l'entretien.

Dix infirmiers sont interrogés : 3 infirmiers recrutés par l'encadrement et 7 infirmiers recrutés par un membre de l'équipe infirmière.

5-3-Recueil de données et déroulement de l'étude

Le choix de l'entretien semi-directif permet d'explorer le vécu, le cadre de pensées, les pratiques et les représentations des personnes interrogées. Le but est d'accéder à l'expérience subjective de l'interrogé. Les entretiens sont enregistrés sur dictaphone (marque ZAQE), en présentiel, au sein même de chaque CMP.

Une prise de notes personnelles en parallèle ainsi qu'à l'issue des entretiens est faite.

La saturation des données est obtenue au terme du huitième entretien et vérifiée par deux autres entretiens.

5-4-Transcription des données

La transcription des verbatims se fait au moyen de la fonctionnalité de retranscription du logiciel Microsoft Word, uniquement par le chercheur. Les propos de l'intervieweur figurent en gras. Les entretiens et les centres sont numérotés dans l'ordre de réalisation des entretiens. (E1-C1, E1-C2, E1-C3...). Certains verbatims sont volontairement coupés afin de faciliter la lecture et la compréhension des propos des interviewés.

5-5-Aspects éthiques et règlementaires

Cette étude est considérée comme « hors loi Jardé » n'impliquant pas la personne humaine. (Loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine).

Une lettre d'information et de non-opposition (**annexe 5**) est adressée une semaine avant le rendez-vous. Avant chaque entretien, une proposition de relecture de la lettre d'information et de non-opposition est proposée ainsi qu'un questionnaire reprenant les données sociodémographiques de l'interrogé (**annexe 6**). Les règles d'anonymisation et de confidentialité sont rappelées afin de favoriser l'échange libre et le climat de confiance entre l'interrogé et l'intervieweur.

Certaines données comme le nom d'un lieu, d'une ville sont anonymisées.

Les retranscriptions des entretiens sont accessibles sur un cloud (le lien se trouve en annexe10).

6-Méthodologie de l'analyse

Type d'analyse : Analyse thématique inductive.

« L'analyse inductive se prête bien à l'analyse de données portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, pour lesquels le chercheur n'a pas accès à des catégories déjà existantes dans la littérature » (Blais et Martineau, 2007)

Une triangulation s'est faite lors de l'analyse entre le chercheur, le directeur de mémoire et le tuteur professionnel.

L'analyse respecte les étapes suivantes (Blais & Martineau, 2006):

- Étape 1 : *préparation des données brutes* (décembre 2023). Retranscription à l'aide du logiciel Microsoft Word, relecture, réécoute des entretiens et préparation des données brutes au format Times New Roman 12.
- Étape 2 : *lecture attentive et approfondie des entretiens* (janvier 2024) en amont du stage à la F2RSM.
- Étape 3 : *identification et description des premières catégories* à l'aide du logiciel d'analyse de données NVIVO, création de catégories à partir de segments de verbatims des entretiens.
- Étape 4 : *poursuite de l'analyse et raffinement des catégories* (février à avril 2024). A partir de chaque catégorie, recherche de sous-catégories et regroupement de catégories similaires.

7-Encart à l'étude

Entretien auprès d'une patiente ayant bénéficié d'une prise en charge, dans une structure spécialisée, par des infirmiers, pour un burn-out professionnel. La méthodologie est validée par les membres de la cellule d'aide méthodologique qualitative de la F2RSM.

L'objectif de cet entretien est de recueillir le ressenti d'un patient concernant le rôle de l'IDE dans la prise en soins de son burn-out.

Recueil de données : réadaptation et utilisation de la grille d'entretien destinée aux IDE (**annexe 8**), enregistrement de l'entretien sur dictaphone avec l'accord de la patiente.

Autorisation : aucun accord de la CNIL n'est nécessaire car il s'agit de recueillir des données sur des pratiques professionnelles. Aucun élément clinique n'apparaît dans la synthèse de l'entretien. L'anonymisation de la patiente est respectée (aucune indication de date, lieu, nom, prénom, âge). L'entretien audio n'est pas accessible. Une relecture de la synthèse de l'entretien est proposée à la patiente.

Stage à l'hôpital de jour PSYPRO : stage de 3 semaines en novembre 2023.

Le directeur de la structure autorise que le nom de l'établissement soit cité dans l'étude.

L'objectif du stage est de recueillir le rôle des IDE dans une structure avec un parcours de soins dédié au burn-out et de déterminer les différences existantes avec la prise en charge du burn-out en CMP.

PARTIE 3 : RESULTATS ET ANALYSE

Tableau 1 : Caractéristiques recueillies de la population interrogés à partir du questionnaire socio-démographique (annexe 7)

Participant	Genre	Age	Année d'obtention du diplôme	Nombre d'années d'expériences IDE	Années d'expérience en psychiatrie	Ancienneté dans l'unité	Fréquence de prise en charge des patients souffrant de burnout
1	M	47 ans	2007	16 ans	16 ans	1 an et 5 mois	Souvent
2	F	28 ans	2016	7 ans	6 ans	11 mois	Souvent
3	F	49 ans	2001	22 ans	21 ans	4 ans	Souvent
4	F	32 ans	2013	10 ans	10 ans	2 ans 6 mois	Souvent
5	F	50 ans	1995	28 ans	27 ans	1 an et 3 mois	Souvent
6	F	44 ans	2001	22 ans	22 ans	5 ans	Souvent
7	F	41 ans	2005	18 ans	18 ans	9 ans	Souvent
8	M	48 ans	2016	7 ans	7 ans	3 mois et demi	Souvent
9	F	35 ans	2011	12 ans	3 ans	2 mois	Parfois
10	F	43 ans	2003	20 ans	18 ans	7 mois	Parfois

Les IDE ont en moyenne 16,2 ans d'années d'expériences dont **14 ans et 8 mois en psychiatrie**. L'expérience la plus courte est de 3 ans, la plus longue est de 27 ans.

L'expérience au sein de la structure ambulatoire va de 2 mois à 9 ans.

Le plus jeune IDE a 32 ans, le plus âgé 50 ans.

La durée des entretiens est de 37 minutes. L'entretien le plus long dure 1 h et le plus court 27 minutes

1-Le profil des infirmiers interrogés

1-1-Les parcours professionnels et les parcours de formation des IDE interrogés

Parmi les infirmiers, certains ont eu une expérience autre que la santé avant de reprendre leurs études.

E8-C3 : « J'ai d'abord était commercial (...) j'ai travaillé en tant qu'ouvrier en préparation de commandes et puis, (...) Par la suite, j'ai repris mes études pour devenir infirmier ».

Dans l'attente de l'obtention du diplôme, la plupart des infirmiers ont exercé comme aide - soignant en psychiatrie.

E1-C1 : « Pendant mes études j'ai pu travailler pour l'EPSM pour des remplacements ponctuels de nuit (...) en tant qu'aide-soignant en attendant les résultats du DE »

D'autres infirmiers ont eu une expérience en soins autre que la psychiatrie.

La place laissée aux soins relationnels était insuffisante, ils décident donc de se diriger vers la psychiatrie avec parfois une appréhension.

E9-C3 : « (...) j'ai commencé (...) en EPHAD spécialisé dans la démence, (...) pendant 8 ans, où j'ai appris pas mal de choses. En réalité, pendant mes études, j'avais un peu peur de la psychiatrie »

La représentation de la psychiatrie par les soignants : certains IDE ont retardé leur projet d'exercer en psychiatrie à cause de la stigmatisation de la discipline.

E2-C1 : « j'ai commencé (...) d'abord dans les soins somatiques, même si dès le départ, j'avais plus de compétences pour la psychiatrie (...) je me sentais vraiment plus à l'aise dans ce domaine-là. Sauf que, à cause des préjugés de la psychiatrie, je me suis pas lancée tout de suite »

Pour la majorité des IDE, le choix de la psychiatrie s'est fait dès le début.

E3-C2 : « au niveau de ma formation, (...), dès mon premier stage de psychiatrie en première année, j'ai su que ça serait mon projet professionnel. »

Des IDE investis dans des missions d'enseignement, au niveau institutionnel et dans les IFSI
On remarque dans le discours des soignants une volonté, de transmettre, partager, échanger.

E3-C2 : « je suis formatrice entretien infirmier (..) pour les nouveaux infirmiers arrivants. Et puis, j'interviens aussi en IFSI ».

E5-C2 : « je pense que c'est important de pouvoir transmettre. »

Les IDE cherchent à améliorer leurs compétences et leurs connaissances par la formation et la recherche de spécialisation afin d'adapter l'offre de soins au public rencontré.

E9-C3 : « j'attends avec impatience, le risque suicidaire. J'ai fait aussi une formation sur l'entretien infirmier (...) on a de plus en plus de jeunes aussi. Donc, je me suis mise sur une formation là-dessus, l'approche des jeunes, spécialisée dans la pathologie anxio-dépressive »

E1-C1 : « les formations qu'on nous propose, (...) c'est plus de la découverte, on n'approfondit pas(...) c'est pas parce que j'ai fait une formation de 5 jours sur le génogramme, que je maîtrise, loin de là (...) ça permet de découvrir un maximum de choses et après pourquoi pas se spécialiser avec une formation un peu plus longue. »

Les infirmiers interrogés n'ont pas eu de formation sur le burn-out. Certains ont fait la demande et sont dans l'attente, un infirmier a effectué des recherches sur internet. Seul un soignant a eu la formation aux RPS.

Des IDE qui participent à la construction de nouveaux projets durant leur carrière

E7-C3 : « En 2010, j'ai demandé une mutation dans une clinique pour adolescent, j'ai fait la création de la structure et l'ouverture. J'y suis restée 2 ans »

E5-C2 : « on est en train de réfléchir (...) pour faire un groupe sur la prise en charge des bords avec un des psychos (...). D'autant plus que j'ai fait cette formation, qui est fortement utilisée et conseillée, pour pouvoir prendre en charge (...), les états limites, les psychos trauma »

Les IDE se forment régulièrement sur différents supports : clinique, techniques d'entretien, outils de prise en charge (génogramme).

Ils distinguent les formations « obligatoires » intégrées dans le parcours de formation, des formations « choisies ». Elles se font dans la majorité du temps à la demande des IDE.

On note tout de même une **variabilité dans les durées de formation**, certains ont bénéficié de formations plus longues et certifiantes (thérapies brèves) alors que d'autres ont bénéficié de formations « courtes » de quelques jours, d' « initiation ».

E4-C2 : « j'ai eu accès à pas mal de formations, (...) la base, entretien etc... Et après sur la thérapie brève pendant un an, là dernièrement, j'ai eu la sophrologie, enfin c'est initiation à la sophrologie. J'ai eu pas mal de formations sur le risque suicidaire (...) le psycho trauma (...). Plein de petites formations »

E5-C2 : « j'ai fait (...) de la communication non violente. Je suis formée, (...) en analyse transactionnelle. (...) thérapie familiale, (...) des formations en interne de l'établissement sur

le psycho trauma, sur les borders , les transgenres. Et là (...) j'ai eu les 2 premiers modules en TCD (thérapie comportementale dialectique) »

Parmi les interrogés, une infirmière exprime ne pas avoir bénéficié de formations mais ne vit pas ça comme une difficulté dans sa pratique.

E10-C1 : « j'ai pas fait beaucoup de formations, honnêtement, je pense que la meilleure des formations, c'est l'apprentissage sur le terrain. »

Les IDE ont une expérience variée en psychiatrie, ils ont tous travaillé au sein de structures et secteurs différents avant d'intégrer le CMP : adulte, infanto-juvénile, unité d'hospitalisation, hôpital de jour, centre de crise, unité de réhabilitation.

E10-C1 : « J'ai travaillé en addictologie (...), en Maison d'Accueil Spécialisée ensuite dans une clinique anxio-dépressive, ensuite en UPG. Pendant plusieurs années, beaucoup d'unités de psychiatrie générale et enfin au CMP. »

E9-C3 : « je suis arrivée en intra en psychiatrie où j'ai fait plusieurs mois dans plusieurs services, (...) je faisais partie du pool. (...)J'ai fait les admissions, les soins intensifs, beaucoup la psychiatrie générale (...), un peu les 16-25 »

1-2-Le choix de devenir soignant

Le métier de soignant décrit par les IDE comme un métier de reconnaissance et qui donne du sens : cet aspect est souligné notamment chez les IDE ayant eu une expérience antérieure autre que la santé.

E1-C1 : « Ce que j'ai fait en formation initiale ça me correspondait pas trop (..)qu'est-ce que je peux faire de ma vie ? Infirmier c'était ressorti, je voulais une formation qui me permette d'avoir un vrai métier (...) c'est une formation qualifiante et puis infirmier c'est concret (...) la variété, le contact humain que je recherchais. Et après un minimum de responsabilités en tant qu'infirmier »

2 -La spécificité du travail infirmier en CMP : un travail collaboratif

Lors des entretiens, les IDE mettent en avant le travail en collaboration permis par leurs missions

E8-C3 : « On travaille avec tout le monde, on est vraiment dans une dynamique pluridisciplinaire. »

Polyvalence et diversité dans les missions : cette polyvalence est plutôt bien vécue par les IDE qui reconnaissent un apport positif tant professionnel que dans la qualité de vie au travail.

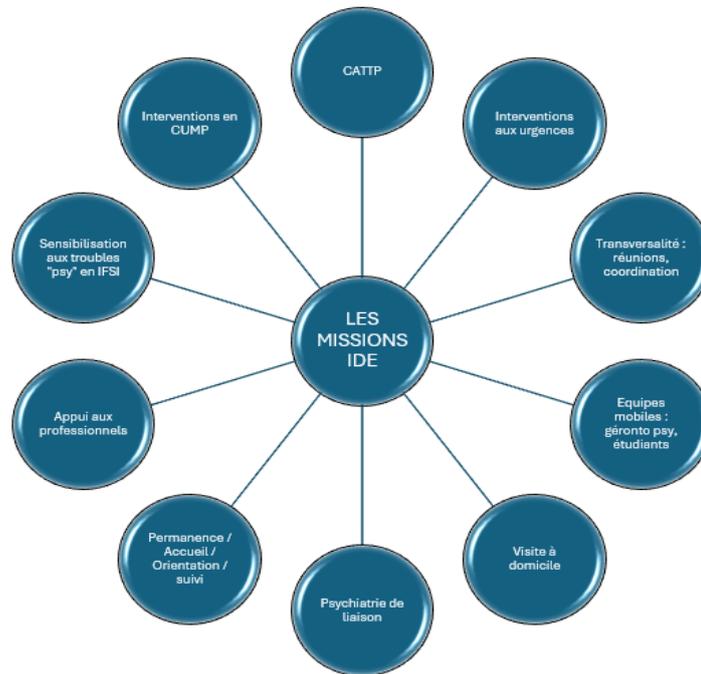


Figure 2 : Les missions infirmières en CMP

E3-C2 : « le fait de pouvoir diversifier mon activité, ça permet, des fois, quand c'est un petit peu lourd au niveau du CMP, de voir d'autres choses (...) C'est des bouffées d'oxygène et c'est aussi valorisant de faire autre chose à l'extérieur ».

Les IDE sont attirés par la diversité dans les prises en soins en CMP et le désir de **développer la continuité du soin.**

E9-C3 : « On est assez riche en proposition de soins sur le secteur et c'est quelque chose qui m'intéressait beaucoup »

E6-C2 : « J'avais l'impression d'avoir fait un peu le tour en intra, (...) les temps courts finalement de rencontre des patients... j'avais envie de suivre les patients sur un temps plus long ».

L'autonomie du travail

E4-C2 : « mon ancien service au niveau du centre de crise, je tournais un petit peu en rond quand même (...) j'aspirais (...) à avoir plus d'autonomie, de responsabilités. »

E10-C1 : « C'est une autre dynamique, il y a plus d'autonomie, on n'est plus responsable de notre travail qu'en UPG »

Le travail en binôme avec d'autres catégories professionnelles.

E3-C2 : « je fais partie d'un groupe de travail sur l'affirmation de soi en collaboration avec la psychomotricienne et le psychologue (...) ».

Le travail en réseau :

E4-C2 : « le travail de coordination, mettre en lien le réseau (...) le médecin traitant, le psychiatre, les collègues, entre nous aussi (...) c'est surtout la coordination ».

Les échanges interprofessionnels se font sous différentes formes : réunions cliniques, réunions de premières demandes ou échanges informels :

Ces échanges sont décrits comme complémentaires dans la prise en soins et se font en concertation.

E1-C1 : « je peux toujours me rapprocher du PH référent, voir les autres collègues (...) on peut facilement échanger, (...) avoir un autre regard »

E8-C3 : « Si on a un moment libre, des fois on dit, « tiens, j'ai vu tel patient » et moi aussi je le suis. »

3- Le burn-out vu par les IDE interrogés

Les IDE font le constat que le burn-out atteint les milieux professionnels et également le milieu étudiant

E4-C2 : « les étudiants, j'en vois peut-être un petit peu plus, même si c'est pas les plus grands demandeurs parce que comme ils sont en manque de temps (...), on sait (...) qu'il y a du besoin et le retour qu'on a eu (...) : tout est fait pour se retrouver en burn-out. »

E7-C3 : « des soignants en situation de burn-out, on en reçoit »

3-1- La description du burn-out

E7-C3 : « Le burn-out, c'est l'outrepassement des limites des patients (...) qui les amène à un état d'épuisement (...) à la fois mental et physique. Pour moi, c'est ça le burn-out ».

E6-C2 : « Le burn-out, c'est un épuisement professionnel qui se manifeste par différents signes qui peuvent être psychologiques (...) mais aussi physiques, donc l'épuisement physique suite à un stress prolongé et/ ou du stress intense qui se répète. »

Impact sur la santé psychique :

Une soignante qui a bénéficié d'une formation spécifique sur les RPS insiste sur les signes physiques présents dans le burnout.

E6-C2 : « Le burn-out, c'est un épuisement professionnel qui se manifeste par différents signes qui peuvent être psychologiques (...) mais aussi physiques, l'épuisement physique suite à un stress prolongé et/ ou du stress intense qui se répète. Ça peut être confondu avec une dépression »

Idées de culpabilité, perte de l'estime et de la confiance en soi :

E9-C3 : « un sentiment de culpabilité (...), perte de confiance en soi (...) à l'évaluation clinique, on se rend compte qu'émotionnellement parlant, ils vont pas tenir longtemps. Un patient, (...), qui vient pour burn-out, il se met en arrêt assez vite (...), il perd totalement pieds, l'impression de plus être utile »

E3-C2 : « Je retrouve fort une culpabilité (...) c'est forcément parce qu'ils ont fait quelque chose de mal (...) culpabilité à se mettre en arrêt des fois c'est difficile pour certains d'accepter d'être en arrêt ou de prolonger. (...) une dévalorisation et une perte de confiance en soi ».

L'évaluation clinique des IDE se fait par une approche sémiologique à partir de la symptomatologie psychiatrique, ils assimilent souvent la dépression au burn-out.

E7-C3 : « les personnes qui sont en situation de burn-out présentent la plupart du temps un tableau clinique dépressif, assez avancé (...) pour moi, ça se distingue pas d'un syndrome dépressif. »

E1-C1 : « je trouve que ça ressemble au niveau de la symptomatologie, ce qu'on va retrouver dans le syndrome anxio-dépressif (...) l'anxiété, les troubles du sommeil, un impact sur la thymie, (...) des ruminations anxieuses. »

3-2- Les causes du burn-out selon les IDE

Au cours des prises en charge en CMP des patients en burn-out, les IDE font le constat d'une dégradation des conditions de travail des patients pris en charge pour burn-out

E1-C1 : « le burn-out c'est un peu d'actualité (...) le monde du travail comment ça évolue et quel que soit je pense le milieu, c'est de plus en plus compliqué, (...) on demande de plus en plus aux gens et parfois avec des histoires de rentabilité en shuntant un peu le côté humain de la personne. »

Face à ce constat de dégradation des conditions de travail, les IDE expriment leurs limites dans l'accompagnement.

E10-C1 : « la grande difficulté (...) on peut pas agir sur les conditions (...). On a aucun moyen d'agir au niveau des conditions de travail, de la surcharge de travail »

Le burn-out est aussi lié à l'histoire personnelle du patient

E8-C3 : « La personne arrive avec la notion de burn-out (...) quand il réfléchit sur comment ça se fait qu'il est arrivé sur un burn-out, il va se rendre compte que c'est peut-être plus profond. Ce qui fait exploser, effectivement, c'est la notion travail, (...) le fait de ne pas savoir dire non, de ne pas décevoir, et ça a souvent un lien beaucoup plus profond avec son développement personnel, de l'enfance ou de l'état de jeune adulte (...) les patients font des liens avec leur éducation, leur vie, leur cadre en règle générale et (...) ce qui se passe avec leur travail »

Le burn-out est également lié à l'accumulation de stress

E6-C2 : « un stress prolongé et/ ou du stress intense qui se répète. »

Les traits de personnalité

E10-C1 : « souvent les personnes qui ont une conscience professionnelle et qui sont perfectionnistes, c'est les personnes qui sont les plus vulnérables. »

Les IDE font également le lien entre burn-out et psycho-traumatisme

E4-C2 : « des traumatismes liés au harcèlement (...) des choses qu'on peut retrouver quand même. »

3-3- Les freins à la prise en charge du burn-out décrits par les IDE interrogés

Les freins internes au CMP	Les freins externes : facteurs de rechute
<p><u>Les délais longs de premier rendez-vous psychiatre/ psychologue entraînent un retard dans la prise en charge</u> : les IDE verbalisent leurs limites dans l'accompagnement lorsque la symptomatologie nécessite l'instauration d'un traitement ou une psychothérapie.</p> <p><i>E3-C2 : « (...) on manque cruellement de psychologues (...) il y a beaucoup d'attente (...) il y en a trop (...) c'est vrai que c'est compliqué (...) les entretiens infirmiers (...), ça a aussi ses limites. C'est de la relation d'aide, de l'écoute active. On n'est pas dans la thérapie (...) c'est ça la limite ».</i></p> <p><i>E4-C2 : « le suivi médical aussi qui peut être long à démarrer, ça prend quelques mois. Avec le médecin traitant, on peut déjà instaurer des choses (...), c'est la prise en charge psycho qui est (...) longue à démarrer et qui je pense pourrait bien aider dans ce contexte-là »</i></p> <p><u>Un temps d'échanges insatisfaisant selon les IDE</u></p> <p><i>E2-C2 : « c'est pas évident de recevoir une personne on va dire une heure et de devoir la présenter en deux minutes »</i></p> <p><i>E1-C1 : « parfois c'est compliqué de par exemple discuter d'une situation avec un médecin, entre deux consultations (...) le plus compliqué c'est de trouver le bon moment. »</i></p> <p><u>Un manque de formation spécifique sur le burn-out</u></p> <p><i>E1-C1 : « je ne suis pas spécialement formé au burn-out. (...) je fais avec mes moyens, avec les armes que j'ai actuellement (...) je serai peut-être un peu plus opérationnel une fois que j'aurais eu la formation »</i></p>	<p><u>Les conséquences administratives et financières liés au burn-out impactent le processus de soin</u></p> <p><i>E7-C3 : « le jour où les patients arrivent en entretien et qu'ils me disent : « j'ai reçu (...) une fiche de paie négative (...), ça les impacte énormément, ça les angoisse »</i></p> <p><i>E7-C3 : « la Sécu, ça les angoisse terriblement (...) ou la médecine du travail, puissent les renvoyer au travail, (...) ce sont des acteurs, soit qui ne les écoutent pas beaucoup, (...) ils ont vraiment très très peur »</i></p> <p><u>La non-reconnaissance du burn-out comme maladie professionnelle</u></p> <p><i>E10-C1 : « Je pense que s'il y avait une meilleure reconnaissance de la pathologie (...) c'est essentiel d'être reconnu. (...) ça aurait des répercussions (...) sur le patient, il y a une considération, si c'est pas reconnu (...) on a l'impression (...) de se faire « avoir », on te maltraite. C'est la double peine quoi ? Carrément. La reconnaissance, elle est primordiale »</i></p> <p><u>La représentation de la psychiatrie par les patients selon les IDE retardent l'arrivée aux soins</u></p> <p><i>E4-C2 : « pour les personnes qui sont intégrées professionnellement, ça doit pas forcément être évident de passer la porte du CMP (...) c'est très hétérogène ici (...) ça peut faire un effet miroir qui est pas forcément le bon (...) Ça peut être un peu stigmatisant »</i></p>

3-4- Les facteurs de bon pronostic selon les IDE

La rupture avec le travail

E10-C1 : « la thérapie primaire, (...) d'urgence, c'est l'arrêt de travail, (...) faire un break, de se remettre, de se requinquer, de prendre du recul (...) s'il y a un problème au travail, d'emblée, faut stopper (...) ça limite l'hémorragie(...)l'enfoncement, la dégradation de l'état de la personne »

E10-C1 : « j'insiste sur le fait qu'il faut pas une reprise précoce, qu'il faut reprendre le temps de se remettre en condition de façon à reprendre correctement et dans des bonnes conditions psychologiques »

3-5- L'impact du burn-out sur la vie familiale, affective et sociale du patient

Conséquences sur la vie personnelle, familiale et sociale
<i>E5-C2 : « les conséquences (...) au niveau psychologique (...), les conséquences familiales, environnementales »</i>
<i>E7-C3 : « ce sont des gens qui étaient énormément dans le travail, (...) et là y a un arrêt maladie qui démarre et qui va durer et du coup, y'a plus de réseau social »</i>
Impact émotionnel fort, marqué par la souffrance
<i>E6-C2 : « à l'intérieur une sorte de combustion, ce sont des gens en souffrance »</i>
<i>E3-C2 : « la souffrance que ça renvoie. Ça, oui, ça m'a interpellé et du coup je l'ai beaucoup prise en compte. »</i>
Un sentiment d'inutilité se développe chez des patients pour qui la valeur travail est dominante
<i>E8-C3 : « non seulement le monde du travail s'effondre mais le fait d'être inactif à la maison, le fait d'avoir rempli pendant 10 à 12 heures pour certains, par jour de travail, ben quand ils sont tout seul à la maison à rien faire dans le fauteuil, ça les renvoie à une inutilité »</i>

4- Le parcours du patient en burn-out

Les patients sont adressés vers le CMP par leur médecin traitant en grande majorité. Ils sont souvent en arrêt maladie à l'arrivée au CMP. Le premier contact au CMP se fait par l'IDE lors d'un rendez-vous programmé ou en présentation spontanée. Ce rendez-vous est décrit comme essentiel pour l'orientation dans les soins.

E9-C3 : « Je pense que le premier rendez-vous est très important (...), même s'ils sont pas prêts à l'entendre, dans un premier temps, ça chemine. »

E2-C1 : « en fonction des éléments qu'on a réunis, on présente la situation du patient en réunion de première demande (...) il peut y avoir rendez-vous psychiatre avec plus ou moins rendez-vous infirmier, plus ou moins liste d'attente psychologues »

Deux types de parcours se distinguent et déterminent l'orientation des patients en accord avec le médecin psychiatre.

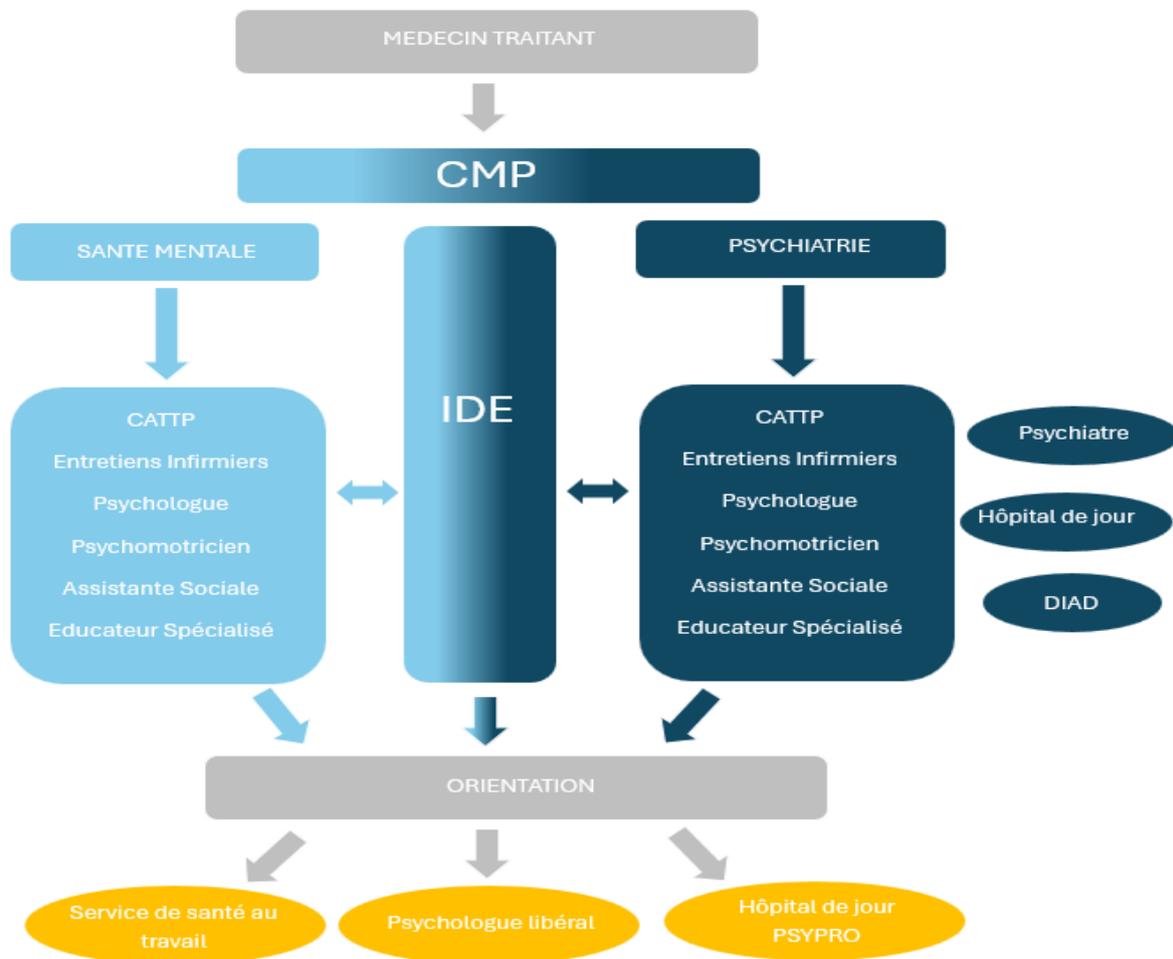


Figure 3 : Parcours du patient pris en soins pour burn-out par le CMP

DIAD : Dispositif intensif à domicile

Parcours santé mentale : il s'agit des situations où **ni la symptomatologie dépressive ni un autre trouble psychiatrique ne sont présents**. L'IDE met alors en place un suivi infirmier avec une durée variable en fonction des besoins du patient et il peut mobiliser d'autres modes de prises en soins et accompagnements, en accord avec le médecin psychiatre.

E5-C2 : « je mets à profit mes formations aussi pour la prise en charge des patients (...) où j'essaye (...) de ne pas forcément renvoyer sur le point de vue médical, sauf si franchement il y a besoin »

E9-C3 : « Finalement, à l'évaluation clinique, on se rend compte qu'émotionnellement parlant, ils vont pas tenir longtemps donc, je les oriente vers leur médecin traitant, pas forcément pour un appui médicamenteux mais au moins pour l'arrêt de travail »

Parcours psychiatrie : il s'agit des situations où **un diagnostic est posé** :

- Soit par le médecin traitant lors de l'adressage au CMP, dans la plupart du temps, un épisode dépressif caractérisé secondaire au burn-out.
- Soit les éléments cliniques relevés par l'IDE orientent le diagnostic et l'adressage vers le psychiatre.

Dans les deux situations, l'IDE évalue alors l'état clinique du patient au premier rendez-vous, l'efficacité du traitement éventuel et la pertinence d'une orientation vers le psychiatre.

E5-C2 : « en fonction de l'état du patient (...) au niveau symptomatologie et que j'estime... qu'un traitement serait beaucoup plus efficace, forcément, je renvoie sur un psychiatre. »

Des recours rares à l'hospitalisation à temps plein pour les patients en burn-out.

E9-C3 : « Des patients qui nécessitent moins d'hospitalisations mais néanmoins, le temps de parole, le soutien psychologique est tout aussi important ».

Orientation vers les assistants sociaux du CMP

E7-C3 : « clairement les notions en droit du travail où tu vois on n'y connaît rien nous quand on a des doutes, je sollicite du coup notre collègue assistante sociale ».

Parmi les orientations proposées par les IDE, le CATTP est un outil de soins possiblement indiqué mais les IDE restent vigilant aux indications afin de mobiliser les ressources du patient et d'éviter un risque de chronicisation.

E9-C3 : « le CATTP, pourquoi pas, mais...il ne faut pas non plus les enfermer dans un parcours de soin. C'est important aussi...de retrouver des ressources personnelles. »

Les activités principalement citées sont les **activités psychocorporelles**, les **activités artistiques**, les **activités de réhabilitation**. Ces ateliers permettent de rompre l'isolement, de travailler la confiance en soi. Les IDE sont très souvent à l'initiative de cette proposition.

E8-C3 : « le CATTP théâtre, il va reconditionner la reprise de confiance en lui avec des jeux de scène qui vont le mettre à l'encontre de son cadre »

E4-C2 : « le groupe bien-être au travail et la cohérence cardiaque. »

E8-C3 : « le restaurant thérapeutique, ça permet de redonner une valeur travail. »

E6-C2 : « On peut relayer aussi sur la relaxation ou sur la méditation pleine conscience »

Les patients peuvent également être réorientés vers d'autres structures extérieures ou un autre dispositif de soins du secteur

E6-C2 : « on met tout en œuvre pour les aider, (...) on a aussi d'autres outils comme l'hospitalisation à la clinique PSYPRO à Villeneuve d'Ascq (...) ils sont tout à fait au courant des possibilités (...) et restent libres de choisir ce qui semble être le mieux pour eux. »

E9-C3 : « si je sens que c'est très fragile, qu'il y a des idées noires, des idées suicidaires mais, très réfractaire à une hospitalisation, je mets un DIAD (...) l'hôpital de jour, »

5-L'organisation des soins

5-1-Les compétences institutionnelles

La présence d'équipes pluridisciplinaires au sein des structures est mise à profit dans l'accompagnement et dans les réunions cliniques et d'orientation.

E6-C2 : « les patients, qui souffrent de burn-out sont souvent vus par l'infirmier référent, leur médecin psychiatre, un psychologue en plus, si besoin, (...) un suivi avec une assistante sociale, la psychomotricité, (...) On a donc mis en œuvre le maximum de l'équipe pluridisciplinaire »

La proposition de formation aux RPS proposés dans les établissements contribuent à développer des connaissances autour de la problématique du burn-out

E6 C2 : « j'ai pu bénéficier d'une formation que j'ai demandée pour mon groupe mieux-être au travail et cette formation c'était RPS (...) proposée par l'établissement. »

5-2-Les compétences infirmières

La psychoéducation	
Education au traitement	E7-C3 : « Il y a énormément de patients qui viennent, ils prennent des médicaments, ils ne savent pas ce que c'est (...) on leur a pas parlé des effets secondaires. »
Connaissance des symptômes	E7-C3 : « je leur explique ce que c'est que le burn-out. Il y en a qui viennent avec ces termes-là, (...) je leur parle de la dépression, je leur parle des idées suicidaires, à titre de prévention »
Apprentissage de stratégies de gestion du stress	E10-C1 : « Prendre du recul, comment gérer son angoisse, son stress au travail (...) faire en sorte qu'on arrive à aller au boulot sereine (...) sans stress ». E3-C2 : Gérer si il y a une crise d'angoisse, les techniques d'ancrage, les techniques de respiration »»

Les compétences thérapeutiques et relationnelles des IDE	
Instaurer la relation de confiance	<i>E10-C1 : « il y a un rapport de confiance, la jeune fille que j'ai vu, je lui ai dit que, au moindre coup de faiblesse ou en cas de besoin, elle avait toujours la possibilité de me contacter. »</i>
Se centrer sur soi, le lâcher-prise	<i>E9-C3 : « Prendre le temps (...) de retravailler le lâcher-prise, se recentrer sur soi et de faire des choses pour soi (...) certains n'ont jamais vécu, ils ont toujours été dans l'action (...) c'est ça la particularité, (...) souvent, y'a un arrêt qui suit et ils ont l'impression de servir à rien (...) ils n'ont pas appris à prendre du temps pour eux »</i>
Travail thérapeutique sur l'estime de soi	<i>E5-C2 : « je travaille beaucoup plus effectivement sur les ressentis, sur les besoins des patients, sur la renarcissisation (...) sur l'estime de soi »</i>
Aider le patient à remettre les priorités	<i>E7-C3 : « on va commencer à travailler un peu sur leur fonctionnement global de base (...) ce sont des personnes, qui n'ont pas la notion de limites (...) ils ne l'ont pas non seulement au travail, mais aussi souvent chez eux »</i>

Les compétences relationnelles de l'IDE favorisent l'adhésion aux soins du patient :

E1-C1 : « les entretiens de suivi (...) il y a quand même un lien qui s'instaure (...) il a à faire tout le temps à la même personne je pense qu'il a le sentiment qu'on connaît un peu plus son histoire (...) Je pense qu'on peut attaquer on va dire des problèmes peut-être un peu plus profonds »

E8-C3 : « C'est d'abord l'écoute qui va permettre de définir par où commencer le travail »

Les IDE expriment l'intérêt de soins personnalisés, individualisés. Cette démarche nécessite une adaptabilité et une disponibilité constantes du soignant.

E8-C3 : « Avec le patient, ça prendra plusieurs étapes (...) si c'était juste une simple pathologie et un cas unique, il y aurait juste un texte à appliquer (...) mais chaque patient qui va se présenter dans une condition de burn-out, il y a toujours des conditions qui sont complètement différentes ».

Les IDE mobilisent dans la prise en soins des patients souffrant de burn-out des compétences acquises lors de formations, soit par l'expérience, soit lors d'échanges entre professionnels ou par des recherches personnelles : parmi ces compétences, se distinguent :

Les compétences cliniques avec une évaluation régulière de l'évolution

E1-C1 : « ça ressemble au niveau de la symptomatologie, ce qu'on va retrouver dans le syndrome anxio-dépressif (...) l'anxiété, les troubles du sommeil, un impact sur la thymie et des ruminations anxieuses. Dans un entretien de première intention, je vais quand même m'intéresser aux symptômes pour évaluer l'intensité des troubles. »

E7-C3 : « Si le médecin traitant a mis en place déjà un traitement antidépresseur, je vais d'abord attendre qu'il soit dans les clous du traitement antidépresseur pour stabiliser, au moins arrêter l'effondrement d'humeur ».

Les IDE identifient des étapes dans la prise en charge en lien avec les stades du burn-out.

E9-C3 : « est-ce qu'il y a des moments dans cette prise en charge où tu es plus sollicitée ? Ou des moments qui sont plus importants ? (...) Surtout le début. Les décharger quand même un peu de culpabilité surtout et que ça va prendre du temps. »

E9-C3 : « il y a la phase d'effondrement (...) plutôt brutale parfois, qui arrive d'un coup et toutes les émotions qui vont avec : la colère, la tristesse (...)souvent, il y a quand même une prise en charge médicamenteuse associée (...) Après, il y a tout ce travail sur ce temps de pause et le cheminement qui va avec, se recentrer sur soi, apprendre, accepter aussi de ne pas avoir été bien. Et après, il y a la phase où le cheminement a été fait, globalement, on y retourne, on est mieux ou on change. »

Ils décrivent une prise en charge qui peut être longue

E9 C3 : « bien souvent (...) le problème c'est qu'ils veulent aller mieux tout de suite. Sauf que non, l'idée c'est de leur dire que ça prend du temps et que j'ai pas de baguette magique. Une réponse dans l'immédiateté, ils ne l'auront pas (..)je le dis assez rapidement, dès le premier entretien, que ce facteur temps est important à respecter. »

Les IDE constatent que les patients appréhendent les consultations à la médecine du travail et cela provoque une fluctuation des symptômes notamment thymiques.

E7-C3 : « (...)la médecine du travail, c'est souvent un rendez-vous qu'ils appréhendent énormément, ça et la sécu, ça les angoisse terriblement »

La disponibilité infirmière lors des permanences et des entretiens de suivi

E10-C1 : « la jeune fille que j'ai vue, je lui ai dit que, au moindre coup de faiblesse ou en cas de besoin, elle avait toujours la possibilité de me contacter par téléphone »

E3-C2 : « quand il y a comme ça, on va dire des dates stratégiques ou importantes, je suis assez vigilante et ce que je fais, c'est que je propose ou un rendez-vous avant ou un rendez-vous juste après ou des fois les 2. »

Les compétences personnelles

Les IDE se sentent à risque de développer un burn-out : la plupart évoque qu'il s'agit d'un syndrome qui peut atteindre les IDE et qu'il se sentent « concernés ». L'exposition à ce risque les aide dans l'accompagnement des patients par le renforcement de la compréhension empathique et le contre-transfert.

E1-C1 : « ça m'interroge, même sur un plan perso, (...) même nous on peut être parfois assujetti à ce genre de problème en ce moment c'est un peu plus compliqué ».

E6-C2 : « L'importance du respect des valeurs qui nous sont chères (...) et qu'on soit en cohérence avec nos valeurs et le travail dans lequel on est et que si jamais ça l'est pas, ça pouvait faire mal. Donc j'ai changé des choses aussi dans mon comportement, ma manière de faire pour être aussi plus en adéquation avec ce que je suis et ce que j'ai envie de donner. »

Les valeurs humaines et spirituelles mobilisées par les IDE renforcent leur empathie et leur implication

E10-C1 : « face à certaines situations (...) j'arrive toujours à trouver humainement les mots qu'il faut, (...). Partager mon vécu avec le patient (...) quand j'estime que c'est nécessaire de le faire et que c'est bénéfique pour le patient, je le fais. En fait, c'est moi et ma conscience et mon cœur (...) Et en plus je t'avouerai qu'il y a aussi une partie de mes convictions religieuses. »

Des IDE autonomes dans leurs propositions de soin : ce vécu est apprécié et même revendiqué.

E9-C3 : « un burn-out clairement pur et dur, c'est rare que je sollicite le psychiatre, on est quand même assez libre de mener l'entretien comme on l'entend, je gère comme ça le burnout »

E4-C2 : « si on est que sur l'épuisement professionnel, je vais essayer de faire en sorte, de gérer moi-même et puis après d'orienter (...) vers un psycho libéral ou un psycho du travail »

6- Les besoins dans la prise en soins décrits par les IDE - les axes d'amélioration

Ces besoins se trouvent en interne (au sein des structures) mais de manière plus générale dans l'offre de soins.

6-1-Les besoins en interne

Un besoin en réunions cliniques

E5-C2 : « c'est toujours riche (...) de pouvoir échanger les points de vue, les prises en charge, les pistes de travail (...) mais faut-il encore avoir (...) suffisamment le temps et je pense que personnellement moi venant d'hospit, c'est peut-être ça surtout qui manque (...) ici en CMP, le temps d'échanges (...) dans ce que j'ai pu vivre auparavant, c'est ce qui me manque. »

Les IDE expriment un **besoin en formation** sur le burn-out et le droit du travail

E1-C1 : « je ne suis pas spécialement formé au burn-out. (...) je fais avec mes moyens, avec les armes que j'ai actuellement (...) Je me dis avec une formation (...) je serai peut-être un peu plus opérationnel une fois que j'aurais eu la formation. »

E7-C3 : « Peut-être que nous aussi on pourrait se former peut-être un peu plus parce que, clairement les notions en droit du travail ou tu vois on y connaît rien nous quand on a des doutes »

6-2-Les besoins dans l'offre de soins : le repérage et le dépistage

Les IDE font le constat d'un risque d'« errance diagnostique » pour les patients pris en charge en service de soins somatiques: l'IDE qui évoque cette possibilité fait référence aux signes physiques liés au burn-out.

E6-C2 : « c'est important d'être vigilant en tant que soignant (...) repérer les risques de burn-out qui peuvent déjà exister (...). Et même dans les soins somatiques en MCO, (...) le travail d'information pour bien orienter les patients (...) qui auraient pu avoir que des signes somatiques liés à rien (...) des impacts liés au stress au long terme (...) l'information c'est important, pas qu'en psychiatrie (...), plus on est repéré tôt, plus vite on peut les prendre en charge et moins c'est grave donc en plus de la prévention de rechute, c'est un dépistage qui est important »

E6-C2 : « ils ont déjà quelquefois des longs mois d'arrêt maladie (...) une errance un peu médicale, (...) ils vont commencer à consulter en soins somatiques, parce que le corps commence à s'exprimer en premier et quelquefois, ils nous viennent après »

7- Synthèse de l'entretien avec la patiente sur le vécu du rôle de l'IDE dans son parcours de soins.

La patiente a bénéficié d'un suivi exclusif par l'infirmier au CMP avant d'être orientée vers une structure spécialisée dans les psychopathologies du travail. Elle est accompagnée par deux IDE travaillant dans deux structures différentes. Elle décrit la relation soignant-soigné mais également le rôle que l'IDE a eu dans son parcours de soins.

Les compétences relationnelles de l'IDE : « Ce qui m'a le plus aidé durant ma thérapie, c'était l'attitude de l'infirmier, pas forcément la technique ou l'exercice qu'on va faire, (...),

c'est de ça dont on a besoin dans ces moments-là, c'est de l'humain. On manque de communication sincère, le premier soin, c'est ça »

L'écoute : *« quand on avait un problème pendant les thérapies, tu sors et c'est elle qui te prend en charge (...) après un quart d'heure, (...) tu as le sourire, tu gardes espoir (...) pour moi, c'est ça le principal rôle de l'infirmier : c'est sa présence et l'écoute »*

La communication non verbale : *« elle avait avec moi un lien qui dépassait la communication verbale, elle me voyait, elle me sentait (...) dès le matin »*

Intérêt porté à la personne : *« tu sens que quelqu'un pense à toi et te veut du bien (...) pour moi, ça a été un apport immense »*

La relation de transfert : se retrouve dans le vécu de la patiente avec les deux IDE rencontrés *« il avait mon âge, j'ai senti qu'il était motivé à m'aider », « elle avait de l'expérience, (...), c'était une femme, elle me rassurait »*

Le professionnalisme : *« il restait professionnel en étant très empathique (...) c'est ce qui est difficile dans ce métier, avoir un investissement très personnel mais aussi respecter les limites du patient »*

Authenticité et bienveillance : *« on pouvait avoir un dialogue avec la bienveillance (...), une communication saine et le plus authentique possible »*

Disponibilité : *« Il était très disponible, très calme (...) c'est une attitude dont j'avais besoin (...) je redécouvrais qu'on pouvait traiter autrement les gens, »*

Le lien de confiance : la patiente l'identifie comme nécessaire au processus de soin et lui a permis d'aller plus loin dans l'accompagnement.

Rôle thérapeutique et de soutien : elle identifie cet accompagnement comme *« un début de thérapie »* *« on a fait un exercice intéressant, le génogramme (...), ça m'a aidé à me détacher de ce qui venait de se passer (...), à comprendre pourquoi je ne me suis pas arrêté avant »*. Elle dit apprécier cette démarche *« qui n'était pas mauvaise »* à ce moment-là pour elle et l'a aidée *« à mieux comprendre les choses »*.

Rôle dans l'accroche et l'accès aux soins : l'IDE lui a permis *« d'accéder plus vite aux soins »* vers un psychiatre libéral notamment, rendez-vous nécessaire pour appuyer ses démarches administratives : *« j'avais besoin d'un psychiatre qui confirme l'expertise, (...), il m'a aidé à le trouver en libéral (...), il m'a dit : je vous donne ce contact pour accéder plus vite aux soins »* *« si j'avais eu une mauvaise expérience je ne sais pas comment j'aurai vu la suite de la thérapie »*

Rôle dans le soutien aux démarches administratives : par la délivrance d'attestations de présence pour soutenir le dossier administratif *« j'ai pu bénéficier de soutien administratif, il m'a fait des attestations de prise en charge, j'ai pu avoir l'aide pour trouver le psychiatre qui m'a soutenu auprès de la médecine du travail »*

L'IDE se distingue des autres professionnelles par sa présence constante : *« le fait que l'infirmière soit présente sur la journée, (...), ça donnait une constance, ça rassurait »*

beaucoup » « *elle est toujours là, à côté du thérapeute, du psychologue, même si elle n'intervient pas (...), elle est devenue le fil conducteur, le lien avec les thérapeutes (...) elle était là pour l'imprévu* »

Rôle dans l'orientation vers d'autres structures : « *le suivi s'est arrêté, il m'a dit qu'on avait bien travaillé sur ce qu'il pouvait proposer en tant qu'infirmier, il s'est senti en confiance de me laisser entre les mains d'une autre structure* »

L'IDE identifié comme « personne ressource » dans la réadaptation du parcours : « *J'ai sollicité l'infirmière car j'ai senti le besoin de me « détacher » du groupe, j'ai eu son soutien, elle a senti avant moi mes besoins* »

Rôle dans le vécu au sein de la structure : « *elle a eu un rôle important dans mon vécu dans la structure et c'est pas quelqu'un d'autre qui a eu ce rôle à ce moment-là, c'était l'infirmière* »

Rôle du CMP dans la déstigmatisation de la psychiatrie : la patiente se dit satisfaite de la prise en charge au CMP malgré les propos stigmatisants de son entourage. « *J'ai eu énormément de chance de passer par le CMP, même si les gens me disaient : ça sert pas à grand-chose le psy, mais en fait si, ça sert à quelque chose* »

PARTIE 4 : DISCUSSION

L'objectif principal de l'étude est d'identifier le rôle de l'IDE dans la prise en soins en CMP des patients souffrant de burn-out professionnel en fonction des structures et de l'expérience des IDE au sein de ces mêmes structures.

L'étude se déroule sur 3 secteurs de psychiatrie adulte sélectionnés selon leur localisation géographique : 2 secteurs proches de l'agglomération lilloise et 1 secteur « plus éloigné ».

Les dix entretiens menés auprès des IDE permettent de constater globalement une homogénéité dans le fonctionnement des structures (organisation, équipe pluridisciplinaire) et dans l'accueil du public en situation de burn-out. Seules quelques différences sont constatées :

1 - l'organisation de l'orientation des « premières demandes ». En effet, au sein d'un secteur de l'agglomération, il n'existe pas de réunions d'orientation des premières demandes. Les IDE peuvent orienter directement certains patients sans concertation pluriprofessionnelle.

2 - l'existence d'un parcours « fléché » dans l'un des centres pour les patients en situation de souffrance professionnelle avec des ateliers thérapeutiques dédiés au burn-out encadré par un IDE et un psychologue. Au sein de cette structure, l'IDE est identifiée comme personne ressource dans l'accompagnement de cette population et les patients lui sont régulièrement adressés alors que dans les autres structures, l'adressage n'est pas fait vers un IDE dédié.

Dans les 3 structures, les IDE rapportent qu'ils sont **souvent confrontés à la problématique du burn-out professionnel**, qu'il s'agit d'un motif fréquent d'adressage par les médecins traitants, principalement, et en constante augmentation. Les patients présentent dans la plupart des cas un épisode dépressif caractérisé d'intensité variable, secondaire au burn-out.

L'IDE est le **premier contact soignant** du patient avec le CMP lors de l'entretien de première demande.

Afin d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche sur : **le rôle de l'IDE dans la prise en soins du burn-out en CMP ?**

Je propose de m'appuyer sur les principaux thèmes de l'analyse inductive. J'aborde successivement :

1-Les compétences mobilisées de l'IDE dans la prise en soins du burn-out : la posture et l'attitude soignante, les compétences cliniques et relationnelles.

2-L'apport du savoir expérientiel des IDE dans la prise en charge du burn-out.

3-La représentation sociale de la psychiatrie par les patients souffrant de burn-out.

4-Le rôle de l'IDE en CMP dans le parcours de soin des patients en burn-out.

5-Mon expérience de stage au sein de l'hôpital de jour PSYPRO, spécialisé dans les psychopathologies du travail et le rôle IDE au sein de cette structure.

6- Les forces et les limites de l'étude.

7- Le rôle que l'Infirmier en Pratiques Avancées en Psychiatrie Santé Mentale peut avoir dans cette prise en charge ainsi que les projections possibles à la suite de l'étude.

1-Les compétences de l'IDE dans la prise en charge du burn-out

1-1-La posture et l'attitude soignante

L'analyse des entretiens illustre la posture que les IDE adoptent lors de la prise en soins des patients en situation de burn-out : **la disponibilité, l'écoute, l'empathie, l'adaptabilité, l'accompagnement.**

Cette posture se met en place en réponse à **l'identification par les IDE de signes de souffrance et/ou de symptômes** des patients en situation de burn-out : **l'épuisement, l'anxiété, la culpabilité, la perte de confiance et de l'estime de soi, le stress intense et prolongé.** Elle s'inspire de courants de pensées infirmières :

L'approche humaniste illustrée par La théorie de Watson (1979) sur les soins infirmiers qui place la relation entre l'infirmière et le patient « *au centre de ses préoccupations* ». Le modèle du caring s'appuie sur une pratique professionnelle collaborative soignant-patient (Cara et al., 2016) (Cara & O'Reilly, 2008).

Une étude utilisant un modèle d'enquête descriptive réalisée à l'université du Colorado (Leenerts et al., 1996) démontre que la théorie de Jane Watson (basée sur le partenariat) permet d'augmenter la satisfaction des patients dans leur qualité de vie et la qualité des soins. Ces résultats se traduisent par une réduction des visites médicales et de réadmissions ainsi qu'une diminution de la durée moyenne de séjour (Lecocq et al., 2017).

1-2-La posture éthique de l'IDE

Pour illustrer cette partie, je m'appuie sur l'entretien avec la patiente. Dans son vécu de la relation, les IDE lui apportent « *la considération, l'intérêt, l'humanisme, la sincérité, l'authenticité, la bienveillance, la présence constante* ».

Cette posture illustre l'éthique du soin, le *care* décrit dans les sciences infirmières. La spécificité de l'éthique infirmière réside dans l'accompagnement qui aide le patient à développer ses capacités, à traverser l'épreuve de la maladie. L'IDE tente par cette approche de s'éloigner du paternalisme pour tendre davantage vers le développement de l'empowerment et l'autonomie (Hourcade, 2021).

Cette démarche rejoint les objectifs de l'éducation thérapeutique formulés par l'OMS et repris par la HAS en 2007.

2-La relation soignant-soigné dans la prise en charge du burn-out

L'analyse des entretiens montre la place centrale que les IDE accordent à la relation soignant-soigné dans la prise en soins des patients en burnout. Cette place est également identifiée par la patiente.

A la lecture de mon journal de bord, je m'aperçois que ce thème est récurrent au bout du sixième entretien.

2-1-La relation d'aide thérapeutique

La relation d'aide permet aux IDE d'instaurer un climat de confiance et de travailler avec le patient des objectifs thérapeutiques en lien avec les difficultés spécifiques du syndrome du burn-out : **le lâcher-prise, l'estime de soi, remettre des priorités**. Le rôle infirmier dans cette relation permet de **faciliter le processus de soin et l'acceptation de la maladie**. Cela permet également de « préparer » le travail psychothérapeutique à venir avec les psychologues.

De plus, les compétences variées des IDE permettent, dans certains cas, un suivi IDE seul. Il paraît important de valoriser et de distinguer le rôle IDE dans l'accompagnement du burn-out car selon le stade, **la symptomatologie ne justifie pas le recours systématique vers le médecin psychiatre et/ou le psychologue**.

Néanmoins, les IDE verbalisent que cet accompagnement présente des limites dans leurs compétences et qu'un relais vers une psychothérapie peut s'avérer nécessaire.

En effet, la HAS dans son rapport d'élaboration sur le repérage et la prise en charge du burn-out, cite les différentes études effectuées sur le burn-out pour appuyer et guider ses recommandations. Une méta-analyse d'études d'interventions aux approches thérapeutiques du burn-out démontre « *la bonne efficacité des traitements cognitivo-comportementaux* » (Hochstrasser et al., 2016)

De plus, les IDE interrogés identifient les répercussions du trouble sur la personne soignée : émotionnelles, physiques, psychologiques, motivationnelles et l'impact du burn-out. Au regard de cela ils mettent en place **des actions centrées sur le patient**.

La relation instaurée par les IDE dans cette prise en soins, s'inspire de courants de pensées infirmières et de concept de soins. Je cite :

2-2-L'école de l'interaction

Nait dans les années 50, ce courant de pensées infirmières décrit le soin comme « *un processus interactif entre une personne ayant besoin d'aide et une infirmière, capable de lui offrir cette aide, grâce à son engagement thérapeutique dans le soin* » (La pensée infirmière, 4e édition, s. d.)

H.E. PEPLAU, pionnière dans les soins infirmiers en psychiatrie décrit 3 phases dans la relation interpersonnelle : l'orientation, le travail et la terminaison (Peplau,1997)

L'orientation : consiste « *à transmettre son intérêt professionnel à la personne, à commencer à la connaître et à jauger sa réceptivité, de même qu'à l'orienter quant aux prochaines interactions* »

La phase de travail permet au patient d'identifier cette relation interpersonnelle et ainsi de la saisir pour exploiter ses propres compétences.

La phase de terminaison permet de faire le point sur le travail accompli et aide le patient à s'organiser pour retrouver des relations sociales et des activités de manière autonome.

Dans la prise en soins du burn-out, l'IDE passe par ces phases qu'elle adapte dans la durée du suivi et en fonction de l'état du patient.

Le concept de counseling il s'agit d'un courant thérapeutique qui s'inspire des travaux de C. Rogers en 1942. Il regroupe les entretiens d'aide et de conseils centrés sur la personne et ses problèmes psycho-sociaux. Le soignant s'aide des ressources, valeurs et mode de vie du patient pour l'aider dans la recherche de solutions et ainsi modifier son comportement.(Sarasy, 2012)

C'est un concept dynamique qui implique la personne et **développe ses capacités d'introspection, d'analyse, d'implication**. Le counselor (le soignant) aide le patient dans la mobilisation de ses ressources. La particularité de ce concept réside dans l'approche multi dimensionnelle: la psychologie, la pédagogie et le social.(Sarasy, 2012)

Selon l'OMS, ce concept permet au patient de faire face au stress et de pouvoir prendre des décisions personnelles.

3-Les compétences personnelles

Parmi les compétences mobilisées dans la relation, les IDE verbalisent la dimension humaine et spirituelle qui les aident dans la compréhension empathique des patients souffrant de burn-out.

Cette approche est illustrée par le modèle humaniste du soin infirmier décrit en partie par W. Hesbeen. Il définit le soin infirmier comme « *une aide aux personnes qui manquent de forces, de connaissances ; de capacités (...) pour réaliser ce qu'elles feraient habituellement par elles-mêmes si leur état leur permettait* » (Hesbeen, 2017).

De plus, cette compréhension empathique s'accroît par le fait que **les IDE se considèrent comme particulièrement à risque de développer un burn-out.**

En effet, il s'agit historiquement d'une population à risques, les premiers cas de burn-out sont identifiés auprès des soignants et font l'objet de nombreuses études : « *Le burn-out concerne de façon prégnante les professions d'aide et de soins. Pour celles-ci, le rapport à l'autre est essentiel. Il constitue un enjeu, parfois vital, pour les patients, bénéficiaires de la relation* » (HAS, 2017)

4-Le profil des IDE interrogés et l'apport dans la prise en soins du burn-out

4-1-L'expérience des IDE interrogés et leurs savoirs expérientiels

Les IDE ont une expérience professionnelle importante dans le domaine de la psychiatrie, ils ont exercé au sein de plusieurs services de psychiatrie générale, de divers publics, de tous âges, avant d'arriver en CMP. Ils ont une activité polyvalente. Ils sont également régulièrement formés, à leur demande dans la majorité des cas, et souhaitent bénéficier de formations plus spécifiques.

Dans la technique d'échantillonnage : la variabilité de l'expérience antérieure est recherchée ainsi que l'expérience au sein de la structure.

Il semble que ce soit plutôt l'expérience clinique acquise professionnellement dans le domaine de la psychiatrie et la santé mentale, la diversité des lieux d'exercice, les missions et les formations qui contribuent à **l'amélioration des compétences et de l'expertise des IDE.**

On peut en effet distinguer **la compétence, l'expérience clinique et l'expertise clinique.**

La compétence de l'IDE est définie par A. Montesinos comme « *l'ensemble des interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes. Ces interactions lui permettent d'observer et de comprendre sa situation de travail, de juger, de décider et d'agir pour apporter au malade les soins dont il a besoin* » (Morel, 2012).

La démarche clinique de l'IDE est basée sur l'écoute, la compréhension, l'empathie et aboutit à un raisonnement clinique, une analyse et une interprétation. Pour développer cette compétence

clinique, les IDE utilisent leurs connaissances acquises par les savoirs académiques (concepts de soin) et les formations (Formarier, 2008)

L'expérience se développe quant à elle, par la confrontation des connaissances avec les situations cliniques rencontrées.

La position « réflexive » adoptée et décrite par les IDE dans la prise en charge du burn-out ainsi que les échanges avec leurs pairs ou lors de réunions cliniques permettent de réutiliser cette expérience dans d'autres situations. Le comportement des IDE (sur le plan personnel et professionnel) est un élément majeur dans le développement de la compétence. En effet, les IDE expriment à plusieurs reprises que les situations rencontrées les remettent en question dans leur processus et leur demande une adaptabilité constante.

L'expertise

Patricia Benner décrit 5 stades (**annexe 9**), inspirés du modèle d'acquisition de compétences de DREYFUS (Cara et al., 2016) par lesquels l'IDE passe avant de devenir expert. Elle s'appuie sur des entretiens réalisés auprès d'infirmiers relatant des situations cliniques détaillées.(BENNER et al., 1995)

Dans le cas de l'étude, les IDE sont concernés pour la quasi-totalité par le stade 5 (IDE expert), seule une infirmière est au stade 4 (performante) avec 3 ans d'expérience en psychiatrie.

Le raisonnement clinique : les IDE mettent en place des étapes dans leur prise en soins qui correspondent aux différents stades du burn-out. Ce processus, peu conscientisé par les IDE, correspond à un raisonnement clinique : « *c'est un processus complexe qui représente l'essence même de la pratique infirmière* (Higgs, Jones, 2000) *et guide les décisions et les actions posées.* » (Psiuk, 2010)

Les IDE grâce à leur expertise mettent en place les étapes d'un « **haut raisonnement clinique** » en cohérence avec leur niveau de connaissances. Plus leurs connaissances sont importantes, plus le recueil de données est précis. Le haut raisonnement clinique passe par **une observation** et **une écoute** du patient qui « alimentent » le processus de raisonnement et d'orientation du questionnement. Le raisonnement clinique tient une place essentiel dans la qualité de l'élaboration du projet de soins du patient (Psiuk, 2019)

4-2-Les compétences cliniques

Dans leur prise en soins, les IDE identifient des **facteurs liés aux traits de personnalité** des patients en burn-out. Ils citent notamment le perfectionnisme, la difficulté à lâcher-prise et vont davantage axer leur accompagnement thérapeutique sur cette problématique sans négliger l'aspect professionnel.

Cette observation des IDE est intéressante, elle rejoint une étude réalisée en 2018 qui montrent que les traits de personnalité **représentent environ 60 %** de la variance dans l'épuisement professionnel et que le névrosisme est davantage associé à l'épuisement professionnel et explique davantage la variation de l'épuisement que le stress professionnel (Bianchi, 2018).

Chevauchement entre dépression, troubles anxieux et PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder)

Un aspect soulevé par un IDE me paraît intéressant à reprendre, celui du lien entre le burn-out, le harcèlement et le traumatisme. Une revue de littérature rédigée pour la thèse du diplôme d'état en médecine conclut que : « *Le burnout et le PTSD semblent partager dans certaines circonstances des facteurs déclencheurs à type de "choc psychologique". Par ailleurs, la présence du burn-out pourrait être un facteur de prédiction pour l'apparition de symptômes de PTSD* » (D'Haveloose, 2019)

5-La représentation sociale de la psychiatrie par les patients.

La représentation sociale, selon les IDE, peut **retarder l'arrivée au soin** des patients en situation de burn-out. Le statut professionnel et social peut compliquer la démarche vers le CMP. Le statut de structure publique du CMP, qui de ce fait accueille un public hétérogène d'un point de vue social et des pathologies psychiatriques, est également présenté comme un risque de stigmatisation par les patients en burn-out. On retrouve également dans les propos de la patiente interviewée, la contribution de l'IDE au changement de son regard sur la psychiatrie.

Le terme de représentation sociale est introduit par Serge MOSCOVICI en 1961. Cette théorie permet d'analyser la manière dont les individus comprennent et perçoivent un objet (la santé, la maladie) dans un contexte de vie sociale.

Emile DURKHEIM définit « *les représentations individuelles comme ce que chaque personne construit dans son esprit, les représentations sociales sont partagées par un groupe plus large et se construisent par des préjugés* ». (Durkheim, 2002).

Une enquête multicentrique réalisée entre 1999 et 2003 sur la représentation sociale du « fou », du « malade mentale » et du « dépressif » **révèle que 75 % des interrogés** associent le mot « fou » et « malade mentale » à des comportements violents et dangereux et le terme « dépressif » à la tristesse, l'isolement et le suicide. Les jeunes au niveau social plus élevés associent davantage les comportements dangereux à la maladie mentale plutôt qu'à la folie. Le « dépressif » est perçu « *comme un personnage plus familier, souffrant, guérissable avec des psychotropes et un soutien social* » (Roelandt et al., 2010)

Cette enquête confirme que **les stéréotypes liés à la maladie mentale affectent fortement l'accès aux soins** et conclut à l'intérêt d'actions de lutte contre la stigmatisation.

Le réseau PSYCOM, par l'information sur la santé mentale, permet de **lutter contre la stigmatisation** par le recueil de témoignages des patients et de leurs proches, ce qui contribue aux changements des représentations sociales (Loubières & Cado, 2022).

Dans le cadre du burn-out, c'est une action que les IDE peuvent mener au cours de leurs prises en charge.

6-Le parcours des patients souffrant de burnout

Les IDE décrivent plusieurs intervenants dans la prise en soins des patients en situation de burn-out aussi bien au sein des structures qu'auprès des acteurs de la ville (Service de Santé au Travail/médecin traitant). Dans toutes les structures, **l'IDE est le premier interlocuteur** lors d'un rendez-vous programmé ou en présentation spontanée. Nous avons vu lors de l'analyse que 2 types de parcours se distinguent : **le parcours santé mentale** et **le parcours psychiatrie**. L'IDE est au centre de ces 2 parcours et travaille en collaboration pluri et interprofessionnelle.

Le travail en collaboration est mis à profit dans les prises en charge du burn-out selon le modèle bio-psycho-social avec l'intervention de plusieurs catégories professionnelles. L'IDE participe à l'articulation de la prise en charge lors des réunions d'orientation et des réunions cliniques. La coordination et le travail en réseau occupent une place importante dans les missions des IDE.

Le travail IDE est un travail collaboratif en interprofessionnalité qui contribue au développement des savoirs interprofessionnels.

Certains patients en burn-out ne sont pas en arrêt de travail à leur arrivée au CMP, dans la majorité des cas, ils souhaitent aller mieux « vite » et ont de la difficulté à marquer une rupture avec le milieu de travail. Les IDE indiquent alors à ces patients que l'interruption de travail est indispensable à la prise en soins efficace afin d'éviter l'aggravation du trouble. L'IDE travaille en collaboration avec le médecin traitant qui a une place essentielle pour pallier cela.

Parmi les recommandations de la HAS dans la prise en charge du burn-out, l'Interruption Temporaire de Travail y figure ainsi que l'orientation par le médecin traitant vers un médecin psychiatre pour la réalisation d'un diagnostic psychopathologique ou une adaptation thérapeutique.

L'IDE a un **rôle intermédiaire** lors de cette étape et son expérience clinique permet, lors du premier rendez-vous, d'apporter les éléments nécessaires au psychiatre pour l'orientation future.

Nous avons également vu que dans le parcours de soins, les IDE sont souvent à l'initiative **d'orientation vers d'autres professionnels ou vers des activités de CATTP**.

Les recommandations de la HAS vont dans ce sens en encourageant une prise en charge non médicamenteuse fondée sur « *des interventions psychothérapeutiques ou psychocorporelles effectuées par un professionnel de santé ou un psychologue formé à ces techniques.* » (HAS, 2017).

Les IDE mobilisent leurs compétences au service des patients en burn-out lors **des entretiens individuels et des activités thérapeutiques**. Ils recommandent l'activité physique aux patients et notamment l'activité marche et orientent également vers des activités thérapeutiques artistiques et psychocorporelles. Un des centres de l'étude a un parcours dédié et met en place des activités thérapeutiques psychocorporelles. Les IDE des autres centres proposent également une orientation vers leur CATTP.

Une étude réalisée sur le lien entre burn-out et activité physique chez les internes de médecine en 2020 met en évidence que « *les internes respectant les recommandations de l'OMS concernant l'activité physique étaient moins à risque de burn-out dans la dimension de l'épuisement émotionnel* » (Ferré & Grégoris, s. d.). L'étude ne permet pas de savoir si c'est le fait d'avoir une activité physique régulière qui diminue l'épuisement émotionnel ou si au contraire, le fait d'avoir un épuisement émotionnel faible permet de pratiquer une activité physique plus importante.

Une étude réalisée en 2018 sur l'effet de la musicothérapie sur le stress et le burn-out auprès de personnel soignant montre une diminution significative des niveaux de stress après 5 séances en comparaison au niveau de stress avant l'intervention (p inférieur à 0.05) et l'évaluation du burn-out (échelle MBI) a diminué après les 5 séances de musicothérapie ($p=0.02$) (Horst, 2018).

Autres recommandations de la HAS : « *La prise en charge des aspects médico-socioprofessionnels est indispensable, notamment pour aider les patients dans les démarches médico-administratives* »

Sur ce point-là, la patiente interviewée rapporte le rôle de l'IDE dans l'accompagnement et la facilitation de ses démarches auprès de la médecine du travail : l'IDE a délivré des attestations de présence à ses rendez-vous et a orienté vers un psychiatre expert libéral pour constituer son dossier médical. Le recours aux assistants sociaux du CMP ou de la ville est une pratique courante des IDE interrogés.

Les recommandations de la HAS sont destinés aux médecins traitants et aux médecins du travail. Les acteurs du CMP ne sont pas cités mais on s'aperçoit qu'ils appliquent ces recommandations.

Pour compléter la partie sur le thème du parcours, je propose de faire part de mon expérience de stage au sein de l'hôpital de jour PSYPRO, structure spécialisée dans la prise en charge des psychopathologies liées au travail avec un parcours de soins type.

7- Expériences de stage à l'hôpital de jour PSYPRO

Lors du semestre 3 du master 2 IPA, j'ai effectué un stage de 3 semaines à l'hôpital de jour PSYPRO à Villeneuve d'Ascq, spécialisé dans la prise en charge des psychopathologies liées au travail, notamment le burn-out.

L'objectif de ce stage était d'observer la prise en charge du burn-out au sein d'une structure avec un parcours de soin type et ainsi d'observer le rôle IDE au sein de cette structure.

L'approche thérapeutique repose sur des programmes de soins intégratifs et multidimensionnels avec des prises en charge groupales et individuelles. Chaque patient bénéficie d'un projet de soins personnalisé.

Dans mon travail de recherche, l'analyse des entretiens montrent que certains IDE connaissent l'existence de cette structure, ouverte depuis 2022. Ils leur arrivent d'y orienter des patients. **Le recours à cette structure se fait principalement lorsque les délais de rendez-vous médicaux**

ou psychologues sont trop longs, en concertation en équipe. Cependant, certains IDE identifient également la pertinence de l'orientation en fonction de l'évaluation clinique et de la situation particulière du patient.

PSYPRO propose une prise en soins sur une période d'une année, répartie en 3 phases

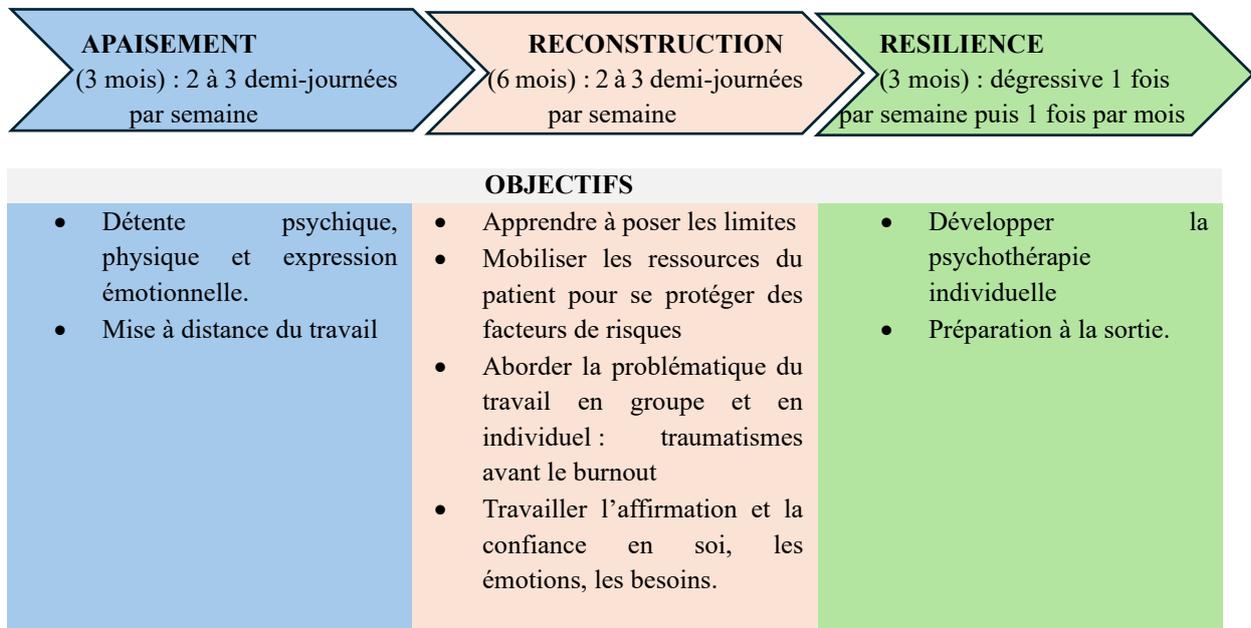


Figure 4 : Le parcours et les objectifs de soins à PSYPRO

La prise en charge par l'art-thérapie et la psychothérapie de groupe et individuelle y est centrale.

Composition de l'équipe : professeur d'activité physique adaptée, des psychologues cliniciens et psychologues du travail, 2 psychiatres, des art-thérapeutes, des sophrologues, 2 infirmières, une secrétaire médicale. Parmi les professionnels certains ont une activité « vacataire » au sein de la structure.

L'objectif de ce parcours : proposer une prise en soins spécifique au patient souffrant de burn-out permettant une implication progressive vers un travail psychothérapeutique.

Le rôle infirmier à PSYPRO : est plus intensif lors de la phase de reconstruction : les problématiques du burn-out sont abordées de manière plus approfondie. Les IDE mettent en place une prise en charge personnalisée.

-l'accueil lors de la visite de préadmission, au cours du suivi et de l'installation aux séances de PSIO (luminothérapie) et hydromassage.

-la psychoéducation : divers ateliers de groupe sont proposés : sommeil, alimentation, gestion du stress, connaissance de la maladie, séance individuelle en socio-esthétique.

-la relation d'aide thérapeutique : mieux comprendre les problématiques relevées lors des ateliers de groupe, sorte de « débriefing » avec l'IDE, travail sur l'estime et la confiance en soi, entretien infirmier à la demande ou programmé, renforcer les capacités d'introspection, mobiliser les ressources du patient.

-l'accompagnement : notamment lors de la transition d'une phase à l'autre et tout au long du parcours.

-rôle clinique : évaluation des symptômes.

-l'organisation et la fluidité du parcours au sein de la structure : aide à la gestion du planning, relais et transmissions aux différents professionnels intervenants auprès du patient.

L'équipe travaille actuellement à l'amélioration de l'accompagnement de la fin de prise en charge et le relais vers l'extérieur ainsi qu'à la construction d'ateliers en coanimation Psychologue/IDE.

Nous identifions une **organisation des soins distincte entre les CMP** comparativement aux unités de PSYPRO.

En effet, les professionnels des CMP s'organisent et s'articulent autour d'une prise en charge plus **individualisée et singulière**, s'attardant principalement sur la sémiologie dépressive et la symptomatologie comme sources de conception du projet de soins. Lors des entretiens, les infirmiers, sur prescription et validation médicale, proposent ainsi une ou des activités thérapeutiques dans l'objectif de répondre à un besoin spécifique du patient.

PSYPRO propose également une offre de soins personnalisée et spécifique aux besoins du patient mais avec un **parcours de soins type et unique**, en offrant des services plus standardisés et dans une **approche plus collective**.

En effet, l'offre de soins dans ce type de structure est planifiée et déterminée. Ainsi, l'unité fait notamment bénéficier des séquences thématiques de psychoéducation de groupe (alimentation, sommeil...) ; séquences faisant partie intégrante de la prise en charge du burn-out.

De surcroît, nous comprenons vite que l'organisation des soins à PSYPRO est étroitement liée aux différentes phases physiopathologiques du burn-out.

Les infirmiers des unités ambulatoires adaptent, quant à eux, leurs prises en charge grâce à leur raisonnement clinique permettant d'identifier les phases d'état dans laquelle se trouvent le patient.

8- Les forces et les limites de l'étude

8-1-Les forces

L'étude obtient un accueil plutôt positif. La thématique du burn-out suscite un intérêt des directions des soins, de l'encadrement et des soignants. Cela a permis de planifier et d'organiser les entretiens de recherche de manière fluide et rapide. Les participants expriment le souhait d'être informés des résultats de l'étude.

Le burn-out est un motif fréquent de prise en charge. En constante augmentation au sein des CMP, il questionne les organisations de service.

Il s'agit d'une étude exploratoire. Ma recherche bibliographique ne m'a pas permis de trouver d'études sur le rôle infirmier dans la prise en soins du burn-out.

Le choix de l'échantillonnage raisonné, par le choix des centres (secteur géographique) et les critères d'inclusion selon l'expérience, apporte une variété dans le recueil des pratiques professionnelles et enrichit l'analyse.

Le stage au sein de PSYPRO apporte un élément de comparaison dans le rôle de l'IDE.

La méthodologie qualitative et l'entretien semi-directif se prêtent bien au sujet des pratiques professionnelles et permet de favoriser les échanges.

L'utilisation de la grille COREQ permet la validation de l'étude selon plusieurs critères définis par cette même grille. **(Annexe 4).**

La réalisation de 3 entretiens tests au préalable de l'étude est une force car cela a permis des ajustements de la grille et une familiarisation du processus par le chercheur.

Le suivi méthodologique des étapes de l'étude par un sociologue et un psychiatre lors des consultations d'aide méthodologiques à la F2RSM l'est également.

L'accompagnement par le directeur de mémoire (médecin psychiatre) et le tuteur professionnel (cadre de santé) ont permis d'établir une triangulation avec une vision clinique, médicale, organisationnelle et méthodologique.

L'entretien avec la patiente a permis de mettre du sens aux besoins des usagers dans la prise en soin du burn-out. Parallèlement à cela, il valorise indirectement les compétences soignantes.

La lettre de consentement adressée une semaine avant et relue avec le chercheur le jour de l'entretien valide le consentement des participants.

8-2-Les limites

Cette étude comporte des biais inévitables.

Le biais de l'interprétation: l'enquêteur et les interviewés exercent la même profession. L'enquêteur a une expérience en CMP et a déjà effectué des prises en charge de patients en burn-out. L'expérience du chercheur pouvait se mettre en porte-à-faux avec la méthode d'analyse inductive du mémoire de recherche.

Le fait que le chercheur soit infirmier peut également constituer une faiblesse. Les IDE peuvent se sentir jugés ou chercher à donner la « bonne réponse » aux questions.

Le biais d'investigation en lien avec l'inexpérience de l'enquêteur en matière d'étude qualitative. Pour atténuer ce biais, l'aide de la F2RSM est sollicitée durant la recherche.

Ethique et biais d'objectivité : les professionnels de santé constituent un public particulièrement à risque de développer un burn-out ce qui peut entraîner un manque d'objectivité.

La limite se trouve également dans le nombre de centres sélectionnés. Le choix s'est fait sur des centres aux environs de Lille et de la métropole tous rattachés à des EPSM, il pourrait être intéressant de recruter des centres non rattachés à un EPSM afin de comparer les pratiques.

9- Le rôle de l'IPA dans la prise en soins du burn-out

Il s'agit dans cette partie de définir le rôle que l'IPA peut développer dans la prise en soins du burn-out en CMP au regard des éléments de l'analyse.

La pratique avancée est introduite en France dans le cadre du rapport Berland en 2003. Le rapport identifie les infirmiers en pratiques avancées «*comme des personnes ressources, en capacité d'apporter une aide aux équipes, de contribuer à la prise en soins des situations complexes et d'élargir leur domaine de compétences* ». (*cooperation_prof_formation.pdf*, s. d.) C'est en 2016, avec la loi de modernisation de notre système de santé (article 119) que la pratique avancée est évoquée.

Dans la prise en charge du burn-out, nous avons vu que la posture professionnelle de l'IDE est centrale, pour cela ils mobilisent des compétences variées. L'ARS de la région PACA présente en 2019, une modélisation de la fonction IPA et émet des recommandations. Parmi elles, mon attention s'est portée sur celle-ci: «*L'IPA doit être ancrée au cœur de la profession infirmière*». La culture infirmière centrée sur la prise en charge holistique, le sens clinique infirmier, les compétences relationnelles représente donc une « plus-value » pour la fonction IPA. (*Recommandations implantation IPA.pdf*, s. d.)

Je propose de m'appuyer sur les compétences IPA décrites dans le décret ainsi que les éléments des résultats de l'analyse de l'étude pour faire une projection du rôle de l'IPA dans la prise en soins du burn-out.

Au regard des résultats de l'analyse, je propose de développer les **compétences IPA mobilisables par ordre d'importance**.

Compétence 5 : Mettre en place et conduire des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles en exerçant un leadership clinique.

Faire preuve de leadership, c'est : «*inspirer ses collègues et favoriser un questionnement constructif autour des valeurs, des objectifs et des perspectives, lequel façonne un processus réflexif continu de transformation* » (Sherwood et Horton-Deutsch, 2008)

Au regard de l'analyse et des éléments décrit par les IDE, **cette compétence me paraît importante dans la prise en soins des patients souffrant de burn-out.**

En effet, aucun des IDE n'a bénéficié de formations sur le burn-out, certains ont fait la demande, d'autres ont fait des recherches personnelles sur la thématique. Les IDE n'évaluent pas, par exemple, la répercussion sur le plan cognitif, ils effectuent une évaluation sémiologique basée sur la symptomatologie psychiatrique. Ils ne connaissent pas non plus les dimensions atteintes, décrites par Maslach, qui rappellent le sont : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et la déshumanisation ou cynisme.

Les limites du burn-out, nous l'avons vu, sont **difficiles à poser**. Il peut être intéressant pour l'IPA **de travailler avec les équipes sur l'utilisation d'un langage commun** autour du concept du burn-out et des symptomatologies consécutives ou associées (dépression, troubles de personnalité, PTSD, troubles anxieux). L'IPA peut accompagner les équipes dans ce sens et proposer **l'utilisation, en concertation avec les médecins, d'outils d'aide au repérage du burn-out (annexe 3)**

L'IPA en collaboration avec le cadre de proximité peut également organiser des sessions de formation sur la thématique à destination des IDE.

Le recours aux activités thérapeutiques par les IDE dans les centres interrogés et à PSYPRO : il s'agit d'une recommandation de la HAS « recours aux techniques de soins non médicamenteux par des professionnels formés ».

L'IPA peut intervenir dans la valorisation de l'apport thérapeutique de ces activités et le bénéfice pour le patient.

Il peut également être intéressant de **recenser les ressources au sein de l'équipe** et ainsi permettre l'adressage à un IDE en fonction de sa compétence spécifique et des besoins des patients en burn-out.

L'IPA peut également **organiser des vignettes cliniques ou des analyses de pratiques avec les équipes**.

Compétence 4 : Organiser les parcours de soins et de santé de patients en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés.

La thématique de la collaboration est souvent citée par les IDE.

Cette compétence met en avant le rôle de l'IPA dans la coordination et le développement du **lien ville-hôpital**. Le médecin traitant est un acteur essentiel dans le parcours de soins du patient en burn-out tant au niveau du repérage que de la prise en charge. (HAS, 2017)

Les recommandations HAS vont dans le sens du relais vers un médecin psychiatre dans les situations cliniques justifiant une évaluation plus spécifique. On peut envisager de développer cette collaboration par des rencontres entre les maisons de santé et le CMP. Cet axe entre dans les objectifs de la loi de modernisation du système de santé.

Plus concrètement, l'IPA peut participer, avec le reste de l'équipe pluridisciplinaire au développement et à l'organisation de temps de rencontres autour de la problématique. Les échanges de pratiques sont un apport innovant dans la qualité des soins et permettent le regard croisé sur une situation.

Compétence 3 : Concevoir et mettre en œuvre des actions d'éducation thérapeutique

Le burn-out expose à plusieurs problèmes de santé tant physiques que psychiques. Les IDE verbalisent la mise en place de séquences de psychoéducation lors des entretiens de suivi. Au sein de PSYPRO, l'animation de séquences de psychoéducation est intégrée dans le parcours de soin.

L'IPA dans ces missions peut accompagner les équipes par **la mise en place d'actions éducatives ciblées individuelles ou en groupe** extraites de programmes thérapeutiques déjà existants au sein des établissements mais il peut également travailler sur la création de nouvelles séquences éducatives : le sommeil, gestion du stress, hygiène de vie et hygiène alimentaire...

Parallèlement, l'IPA peut mobiliser, en fonction de l'organisation de soins de son service, les compétences suivantes :

Compétence 1 : évaluer l'état de santé de patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées.

Nous avons vu que le burn-out nécessite une prise en charge souvent longue, notamment s'il se complique par un épisode dépressif. Une prise en charge conjointe par le psychiatre et l'IPA pourrait être possible dans ces situations là en relais ou en complémentarité.

Compétence 2 : Définir et mettre en œuvre le projet de soins du patient à partir de l'évaluation globale de son état de santé

L'IPA dans ses missions peut à travers l'examen clinique et l'anamnèse évaluer les différentes dimensions du burn-out et mettre en place les actions nécessaires à leurs prises en charge, par exemple, les conséquences du stress intense sur la santé globale du patient.

Compétence 6 : Rechercher, analyser et produire des données professionnelles et scientifiques. Le burn-out est un concept évolutif et dynamique et donne lieu à de nombreuses études depuis ces dernières années. L'IPA peut fournir à l'équipe des données probantes sur la thématique et proposer une recherche institutionnelle en accord avec la direction de la structure sur la modalité et l'organisation de la prise en charge des patients pris en charge pour burn-out professionnel.

10- Perspectives

L'analyse des entretiens auprès des IDE met en évidence plusieurs acteurs avec lesquels l'IDE collabore dans la prise en soins du burn-out. Ces professionnels sont pour la grande majorité présents au sein des CMP et les IDE citent la médecine de ville.

Nous avons également vu que le burn-out est un syndrome entraînant des conséquences sur le plan bio-psycho-social et qui atteint plusieurs sphères de la vie des patients. La HAS recommande dans la prise en soins des patients souffrant de burn-out une prise en charge adaptée via **un réseau de soins, une prise en charge non médicamenteuse fondée sur des interventions psychothérapeutiques** (HAS, 2017).

Au regard de ces éléments, le parcours de soins type me semble être une réponse possible à la mise en place d'actions simultanées coordonnées. Il permet au patient de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures, au bon moment » et correspond à 3 niveaux de prise en charge: parcours de santé, parcours de soins, parcours de vie (DGOS_Michel.C, 2024)

Le raisonnement clinique partagé. Nous avons vu que les IDE dans le cadre de la prise en soins des patients en burn-out mettent en place un raisonnement clinique de « haut niveau » basé sur l'observation, le recueil de données, les hypothèses, qui conduisent à un jugement clinique et la mise en place d'actions. Il est à la frontière entre la démarche clinique et le projet de soins. Il naît d'un partage des différents raisonnements cliniques entre professionnels médicaux et paramédicaux. Il se base sur une complémentarité de connaissances et une articulation des compétences dans le but d'améliorer la compréhension des situations et favoriser la prise en charge coordonnée du parcours de soins du patient.(Psiuk & Jousset-Fougeray, 2017)

Le raisonnement clinique partagé est un support pour la réalisation d'un chemin clinique.

Le chemin clinique décrit, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en soins constituant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge multidisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle de patients présentant un problème de santé comparable afin de réaliser une prise en charge optimale et efficiente respectant les règles de bonnes pratiques (HAS, 2017). Il permet d'harmoniser les pratiques tout en limitant leurs variabilités. Le chemin clinique se construit grâce au raisonnement clinique partagé qui permet de déterminer un groupe homogène de patients (Psiuk & Jousset-Fougeray, 2017)

La construction du chemin clinique autour de la prévalence d'une pathologie invite les équipes à travailler en interdisciplinarité.

Le rôle de l'IPA est majeur dans la continuité des soins. Il aide à fluidifier le parcours du patient par sa connaissance du réseau, ses compétences cliniques et son leadership. L'IPA peut recenser les différents champs du possible et travailler ainsi avec l'ensemble de l'équipe.

CONCLUSION

Le burn-out professionnel est un motif de consultation et d'orientation vers les CMP en constante augmentation.

L'objectif de l'étude est d'identifier le rôle de l'IDE dans la prise en soins en CMP des patients souffrant de burn-out professionnel. L'étude qualitative par le biais d'entretiens semi-directifs et l'analyse inductive ont permis d'explorer les pratiques infirmières en CMP.

L'étude montre que l'expérience du travail en psychiatrie apporte aux IDE une expertise dans l'évaluation clinique mais également dans l'orientation du parcours des patients en burn-out, plus que leur expérience au sein de la structure. Le savoir expérientiel acquis leur permet de proposer une prise en charge personnalisée et adaptée. Grâce à cette expérience, ils développent un raisonnement clinique de haut niveau lors de leur accompagnement.

De plus, l'étude met en évidence que l'accompagnement infirmier est central, dans la prise en charge de l'atteinte émotionnelle du burn-out, par le biais des entretiens de suivi et des activités thérapeutiques à médiation psychocorporelle et artistique.

L'analyse permet également de distinguer 2 parcours dans la prise en charge du burn-out en CMP : le parcours santé mentale et le parcours psychiatrie ainsi que des étapes liées aux stades du burn-out. Durant ce parcours, les IDE par leur posture et leur attitude, contribuent à la continuité et la fluidité du parcours de soins entre les différents professionnels du CMP impliqués dans l'accompagnement des patients souffrant de burn-out.

Néanmoins, les IDE mettent en avant leurs limites dans cette prise en soins : les délais de rendez-vous avec les psychiatres et les psychologues qui entraînent un retard dans la prise en charge, la constatation de la dégradation constante des conditions de travail qui est un élément sur lequel ils ne peuvent pas agir et le manque de formation spécifique sur le burn-out.

Au regard des résultats, nous pouvons nous poser la question de l'intérêt d'un parcours de soins type sous forme de chemin clinique pour les patients souffrant de burn-out pris en charge en CMP. Cet élément peut être en faveur d'une amélioration de la qualité des soins des patients.

Ce mémoire a également permis un regard plus scientifique et réflexif sur la prise en soins des patients souffrant de burn-out. L'IPA en santé mentale et psychiatrie a un rôle à prendre grâce à ses compétences dans le leadership clinique. En effet, le burn-out est un syndrome au processus dynamique et évolutif qui peut être associé à d'autres pathologies psychiatriques, notamment les syndromes dépressifs, le PTSD.

Le travail collaboratif entre le médecin responsable de l'unité, le cadre de santé et l'IPA peut permettre de proposer à l'équipe **la conception d'un chemin clinique personnalisé à l'unité et à la culture du service**. Sa construction se baserait sur les ressources internes notamment les compétences spécifiques des IDE. L'IPA peut s'intégrer dans ce parcours en développant un rôle

de case manager coordinateur des soins et des activités thérapeutiques en CMP des patients souffrant de burn-out.

Pour compléter cette étude, il peut être intéressant d'étendre les entretiens à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire du CMP intervenant dans cette prise en soins afin de réfléchir à la construction d'un parcours de soins coordonnés au CMP.

BIBLIOGRAPHIE

- Askenazy, P., Baudelot, C., Brochard, P., Brun, J.-P., Davezies, P., Falissard, B., Gallie, D., & Gollac, M. (s. d.). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*.
- Benner, P., Ovion, L., Boisvert, C., & Chartier, L. (1995). *De novice à expert : Excellence en soins infirmiers*. InterEditions.
- Berland, Y., Bourgueil, Y. Rapport (2006). « Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé. Consulté sur : [rapport_cinq_experim_juin2006.pdf \(sante.gouv.fr\)](http://rapport_cinq_experim_juin2006.pdf(sante.gouv.fr))
- Bianchi, R. (2018). Burnout is more strongly linked to neuroticism than to work-contextualized factors. *Psychiatry Research*, 270, 901-905. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.015>
- Bianchi, R., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2015). Is it Time to Consider the « Burnout Syndrome » A Distinct Illness? *Frontiers in Public Health*, 3, 158. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2015.00158>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Boudoukha, A. H. (2020). *Burn-out et stress post-traumatique : Vol. 2e éd.* Dunod ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/burn-out-et-stress-post-traumatique>
- Cara, C., Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H., Létourneau, D., Alderson, M., Larue, C., Beauchamp, J., Gagnon, L., Casimir, M., Girard, F., Roy, M., Robinette, L., & Mathieu, C. (2016). Le Modèle humaniste des soins infirmiers -UdeM : Perspective novatrice et pragmatique. *Recherche en soins infirmiers*, 125(2), 20-31. <https://doi.org/10.3917/rsi.125.0020>
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 95(4), 37-45. <https://doi.org/10.3917/rsi.095.0037>
- Chessa, A., & Sentissi, O. (2023). CIM-11 (OMS) : Nouvelle révision et impact de la classification onusienne en psychiatrie. *L'Encéphale*. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.10.003>
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale—APHP DAJDP. (s. d.). Consulté à l'adresse : <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-du-14-mars-1990-relative-aux-orientations-de-la-politique-de-sante-mentale/>
- Circulaire du 15 mars 1960. (s. d.).
Consulté à l'adresse <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.htm>
- Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code—Légifrance. (s. d.).
Consulté à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFSCATA000000913920>
- Décret n°86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. - Légifrance. (s. d.).
<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/LEGITEXT000006065611>

- Delbrouck, M. (2021). Comment traiter le burn-out ? Syndrome d'épuisement professionnel, stress chronique et traumatisme psychique (2e éd). De Boeck supérieur.
- Dewell, P., Corten, P., Versili, S., From, L., & Verbanck, P. (2013). Etude Comparative Entre Le Stress Au Travail Et Le Burn-Out. *Acta Psychiatrica Belgica*, 113(2), 9-16.
- D'Haveloose, H. (2019). Le burn-out existe-t-il ? Le point de vue du psychiatre. Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine. Faculté de Médecine de Lille, France Consulté à l'adresse : <https://pepite.univ-lille.fr/>
- Durkheim, E. (2002). *Représentations individuelles et représentations collectives*. J.-M. Tremblay. <https://doi.org/10.1522/cla.due.rep1>
- Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.f2rsmpsy.fr/>
- Ferré, F., & Grégoris, C. (2020.). *Activité physique et burnout chez les internes de Rouen : Étude quantitative d'octobre à novembre 2020*.
- Freudenberger, H. J. (1986). The Issues of Staff Burnout in Therapeutic Communities. *Journal of Psychoactive Drugs*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.1986.10472354>
- Glaser, B., & Strauss, A. (s. d.). *Découverte de la théorie ancrée : Stratégies de recherche qualitative*. <https://doi.org/10.4324/9780203793206>
- Horst, M. (2018). Évaluation de la musicothérapie sur le stress et le burn-out chez les soignants. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 79(3), 440. <https://doi.org/10.1016/j.admp.2018.03.522>
- ICD-11. (s. d.). Consulté à l'adresse : <https://icd.who.int/fr>
- INRS. (s. d.). Consulté à : <https://www.inrs.fr/risques/epuisement-burnout/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Lecocq, D., Lefebvre, H., Bachelet, L., Berrabah, O., Dyikpanu, D., Martin, D., Siddu, D., Mengal, Y., & Pirson, M. (2017). Panorama des modèles de soins infirmiers utilisés par les chefs de département infirmier dans les hôpitaux belges francophones et bilingues. *Recherche en soins infirmiers*, 129(2), 27-51. <https://doi.org/10.3917/rsi.129.0027>
- Leenerts, M. H., Koehler, J. A., & Neil, R. M. (1996). Nursing care models increase care quality while reducing costs. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 7(4), 37-49. [https://doi.org/10.1016/S1055-3290\(96\)80057-4](https://doi.org/10.1016/S1055-3290(96)80057-4)
- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009-879 (2009).
- LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine. Consulté à l'adresse : LOI n° 2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine (1) - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Lopez, A., Turan-Pelletier, G. (2017). Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Consulté à l'adresse http://www.intercolleges-psychos-idf.fr/IMG/pdf/rapport_lopes.pdf
- Loubières, C., & Cado, P. (2022). Agir contre la stigmatisation : L'expérience du réseau Psycom. *L'Aide-Soignante*, 36(242), 16-18. <https://doi.org/10.1016/j.aidsoi.2022.10.005>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burn Out (Nouvelle édition augmentée)*. Groupe Margot.

- Metlaine, A., Sauvet, F., Gomez-Merino, D., Boucher, T., Elbaz, M., Delafosse, J. Y., Leger, D., & Chennaoui, M. (2018). Sleep and biological parameters in professional burnout: A psychophysiological characterization. *PloS One*, *13*(1), e0190607. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0190607>
- Ministère de la Santé et de la Prévention (2022) DGOS/Michel.C. (2022). *Parcours de santé, de soins et de vie*. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-des-patients-et-des-usagers/article/parcours-de-sante-de-soins-et-de-vie>
- OMS. Burn-out an « occupational phenomenon »: International Classification of Diseases. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>
- Pépin, J., Ducharme, F., Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière*, 4e édition. Chenelière Education
- Psiuk, T. (2019). *L'apprentissage du raisonnement clinique : Concepts fondamentaux - Contexte et processus d'apprentissage*. De Boeck Supérieur.
- Psiuk, T., & Jousset-Fougeray, J. (2017). *Raisonnement et chemins cliniques. Guide d'apprentissage et 16 situations emblématiques*. Vuibert ; Cairn.info. <https://www.cairn.info/raisonnement-et-chemins-cliniques--9782311660036.htm>
- Recommandations implantation IPA.pdf. (s. d.). Consulté à l'adresse <https://www.paca.ars.sante.fr/system/files/2019-12/Recommandations%20implatation%20IPA.pdf>
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, *36*(3, Supplement 1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- Sarasy, B. (2012). Counselling. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 133-135). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0133>
- Savalli, J. (s. d.-a). *Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)*. <https://www.psycom.org/>. Consulté à l'adresse : <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-daccueil-therapeutique-a-temps-partiel-cattp/>
- Savalli, J. (s. d.-b). *Centre médico-psychologique (CMP)*. <https://www.psycom.org/>. Consulté à l'adresse <https://www.psycom.org/sorienter/le-dictionnaire-des-lieux/centre-medico-psychologique-cmp/>
- Souffrance psychique et épuisement professionnel. (s. d.). Consulté à l'adresse : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-liees-au-travail/souffrance-psychique-et-epuisement-professionnel>
- Stress au travail. Ce qu'il faut retenir—Risques—INRS. (s. d.). <https://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html>
- Trimbur M., Plancke L., Sibeoni J. Réaliser une étude qualitative en santé : guide méthodologique. Consulté à l'adresse <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/30731.pdf>
- Vigil-Ripoche, M.-A. (2011a). Marie-Françoise Collière – 1930 – 2005. Une infirmière, Une historienne, Une auteure, Une pédagogue, Une conceptrice des soins, et... Une femme. *Recherche en soins infirmiers*, *107*(4), 7-22. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0007>

- Vigil-Ripoche, M.-A. (2011b). Prendre soin entre sollicitude et nécessité. *Recherche en soins infirmiers*, 107(4), 6-6. <https://doi.org/10.3917/rsi.107.0006>
- Weber, A., & Jaekel-Reinhard, A. (2000). Burnout Syndrome : A Disease of Modern Societies? *Occupational medicine(Oxford, England)*,50, 512-517. <https://doi.org/10.1093/occmed/50.7.512>

Table des figures et tableau

Figure 1 : Modèle explicatif des phases du burn-out décrit (M.Willems et K. Malfilatre)-----7

Figure 2 : Les missions des IDE en CMP-----20

Figure 3 : Le parcours du patient pris en soins pour burn-out au CMP-----26

Figure 4 : Le parcours de soins à l'hôpital de jour PSYPRO-----43

Tableau 1 : Les caractéristiques recueillies de la population à partir du questionnaire socio-démographique-----16

Table des matières

INTRODUCTION GENERALE	8
PARTIE 1 : INTRODUCTION	1
1-Les structures ambulatoires rattachées aux EPSM	1
1-1-Le Centre Médico-Psychologique	1
1-2-Le Centre d'Activités Thérapeutiques à Temps Partiel	2
2-Le rôle et les missions infirmières en structures ambulatoires.....	2
2-1-La prise en soins infirmière selon les sciences infirmières.....	2
2-2- La prise en soin infirmière : aspect législatif	3
2-3- La prise en soins infirmière : aspect pratique.....	4
3- Le burn-out ou épuisement professionnel.....	4
3-1- Choix de la terminologie pour le mémoire	4
3-2-Définitions	4
3-3- La prévalence et l'incidence.....	5
3-4- Historique du burn-out	5
3-5-Un syndrome plus qu'une maladie	6
3- 6- La symptomatologie	6
3-7- Les facteurs de risques	8
3-8- Les symptômes associés.	8
3-9- Les outils de mesure.....	9
4-La prise en charge du burn-out.....	9
4-1-Les recommandations de la HAS	9
4-2-Facteurs individuels qui favorisent le traitement.....	10
4-3-Les étapes de la prise en charge	10
5- Justification de l'étude.....	11
PARTIE 2 : Méthodologie de la recherche qualitative	11
1-Critère de validité et de rigueur	11
2-Type d'étude.....	12
3-Objectifs de l'étude.....	12
4-Echantillonnage	12
5-Méthode de recueil de données	13
6-Méthodologie de l'analyse	14

7-Encart à l'étude.....	15
PARTIE 3 : RESULTATS ET ANALYSE	16
1-Le profil des infirmiers interrogés	17
1-1-Les parcours professionnels et les parcours de formation des IDE interrogés ...	17
1-2-Le choix de devenir soignant	19
2 -La spécificité du travail infirmier en CMP : un travail collaboratif.....	19
3- Le burn-out vu par les IDE interrogés	21
3-1- La description du burn-out.....	21
3-2- Les causes du burn-out selon les IDE	22
3-4- Les facteurs de bon pronostic selon les IDE	25
3-5- L'impact du burn-out sur la vie familiale, affective et sociale du patient	25
4- Le parcours du patient en burn-out.....	25
5-L'organisation des soins.....	28
5-1-Les compétences institutionnelles.....	28
5-2-Les compétences infirmières	28
6- Les besoins dans la prise en soins décrits par les IDE - les axes d'amélioration	31
6-1-Les besoins en interne	32
6-2-Les besoins dans l'offre de soins : le repérage et le dépistage.....	32
7- Synthèse de l'entretien avec la patiente sur le vécu du rôle de l'IDE dans son parcours de soins	32
PARTIE 4 : DISCUSSION.....	34
1-Les compétences de l'IDE dans la prise en charge du burn-out	35
1-1-La posture et l'attitude soignante.....	35
1-2-La posture éthique de l'IDE	36
2-La relation soignant-soigné dans la prise en charge du burn-out.....	36
2-1-La relation d'aide thérapeutique.....	36
2-2-L'école de l'interaction.....	37
3-Les compétences personnelles	38
4-Le profil des IDE interrogés et l'apport dans la prise en soins du burn-out	38
4-1-L'expérience des IDE interrogés et leurs savoirs expérientiels	38
4-2-Les compétences cliniques	39
5-La représentation sociale de la psychiatrie par les patients.....	40

6-Le parcours des patients souffrant de burn-out	41
7- Expériences de stage à l'hôpital de jour PSYPRO	42
8- Les forces et les limites de l'étude	44
8-1-Les forces	44
8-2-Les limites	45
10- Perspectives	48
CONCLUSION	
BIBLIOGRAPHIE.....	
TABLES DES FIGURES ET TABLEAUX.....	
TABLE DES MATIERES.....	
ANNEXES.....	

Tables des annexes

Annexe 1 : Fiche de poste

Annexe 2 : Processus dynamique de l'épuisement professionnel par Weber

Annexe 3 : Echelle MBI

Annexe 4 : Grille COREQ

Annexe 5 : Lettre d'information aux participants

Annexe 6 : Données sociodémographiques

Annexe 7 : Guide d'entretien étude qualitative

Annexe 8 : Guide d'entretien pour « l'encart patient »

Annexe 9 : Les différents stades de compétence selon Patricia BENNER (De novice à experte)

Annexe 10 : Les entretiens

Annexes

Annexe 1 : Fiche de poste

	Fiche de Poste	Libellé: Ressources Humaines Référence: FP / DDS - LB / 06 / 072 Version : 1 Date de diffusion: 29/09/2008
	INFIRMIER EN STRUCTURE AMBULATOIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE DES SECTEURS ROUBAISIEENS	
Page 1 sur 5		Entité émettrice: Direction des Soins

I. Objet

Cette fiche de poste décrit les missions et activités exercées par l'infirmier affecté en Unité ambulatoire de Psychiatrie Générale.

II. Domaine d'application

Elle est applicable à l'infirmier affecté au sein des structures ambulatoires d'activité clinique roubaisiennes de l'Établissement Public de Santé Mentale de l'agglomération lilloise.

III. Documents de référence

- Décret de compétence 2002-194 du 11/02/2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

IV. Définitions / Abréviations

Fiche de poste : outil de communication permettant un dialogue personnalisé entre un agent et le responsable de son unité. Un outil de recrutement interne, de gestion des compétences, de gestion collective au sein de l'unité, du service, de l'établissement.

CMP : Centre Médico-Psychologique

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel,

AT : Atelier thérapeutique

VAD : Visite à domicile,

HAD : Hospitalisation à Domicile,

AFT : Accueil Familial Thérapeutique

MT : Maison Thérapeutique ou Appartement Thérapeutique PL

: Psychiatrie de Liaison

V. Contenu

1. Présentation générale du poste et de ses conditions d'exercices

Intitulé du poste : Infirmier Diplômé d'État

Localisation : Secteurs roubaisiens de l'EPSM de l'agglomération lilloise.

Caractéristiques et position du poste :

Catégorie statutaire :
Agent para-médical de catégorie B

Position hiérarchique :

	Fiche de Poste	Libellé; Ressources Humaines Référence; FP / BDS - LB / 06 / 072 Version : 1 Date de diffusion; 29/09/2008
	INFIRMIER EN STRUCTURE AMBULATOIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE DES SECTEURS ROUBAISSENS	Entité émettrice; Direction des Soins
Page 2 sur 5		

Liaisons fonctionnelles :

Avec l'ensemble des cadres de santé, des cadres supérieurs de santé de l'établissement, la Pharmacie, le Corps médical, les équipes pluridisciplinaires (psychologues, ergothérapeute, psychomotricien, assistant socio-éducatif, et.), le Service de la Santé au Travail, le Département d'Information et de Recherche Médicale, les Instituts de formation, etc.

Partenariats, échanges, interface :

- Avec les autres établissements de soins (psychiatrie, soins généraux...)
- Les différentes associations en santé mentale, tutélaires, etc.
- Les établissements médico-sociaux (foyers...)
- Les partenaires correspondants médicaux, paramédicaux de ville, sociaux,
- Les établissements médico-éducatifs et éducatifs, les services sociaux,
- Le dispositif psychiatrique sur la prise en charge dans le cadre de la précarité (Ravaude)

Spécificité du poste :

Horaires de jour : 8 h 10 (modulables 8 h 30 - 17 h 00 ou 18 h 00)

Travail posté de jour : 8 h 00 / 12 h 30 ; 12 h 00 / 20 h 00 au service d'urgence du CH Victor Provo à Roubaix

Travail en maison thérapeutique : 8 h 00 - 19 h 00

2. Missions et activités principales

2.1 Activités principales

- ✓ Assurer une permanence, un accueil des patients, de sa famille et de son entourage,
- ✓ Identifier les besoins du patient et orienter la prise en charge en conséquence,
- ✓ Participer à la définition d'un projet de soins infirmiers dans le cadre d'une réflexion pluridisciplinaire,
- ✓ Participer à des actions thérapeutiques individuelles ou de groupe en fonction du projet de soins,
- ✓ Proposer des activités d'animations, d'accompagnement à la vie quotidienne ou de loisirs,
- ✓ Assurer le suivi individualisé du projet de réinsertion du patient,
- ✓ Garantir la sécurité du patient,
- ✓ Assurer les transmissions ciblées, les rédiger, lire les dossiers de soins et tenir à jour le dossier individualisé du patient quelles que soient les activités réalisées,
- ✓ Mettre en place et animer des groupes de psycho-éducation,
- ✓ Assurer un travail de réseau,
- ✓ Participer au projet de service et à sa mise en place,
- ✓ Participer à toutes réflexions menées au sein de l'établissement concernant l'amélioration des prestations et de leurs évaluations
- ✓ Participer aux études et travaux de recherche,
- ✓ Participer à des mandats spécifiques interne (conseils de pôle, CSMT, certification, travaux de groupe, etc.

	Fiche de Poste	Libellé; Ressources Humaines Référence: FP / DDS - LB / 06 / 072 Version : 1 Date de diffusion: 29/09/2008
	INFIRMIER EN STRUCTURE AMBULATOIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE DES SECTEURS ROUBAISIENS	Entité émettrice; Direction des Soins
Page 3 sur 5		

2.2 Responsabilités, gestion et informations

Organisation des soins :

- Assurer un accueil de qualité (visite de préadmission - contrat de soins..)
- Prendre en compte les besoins et les demandes des patients et des familles,
- Créer un climat de confiance avec le patient et son entourage,
- Informer le patient de ses droits et des règles de vie (ex : maison thérapeutique)
- Évaluer cliniquement le patient au regard de son rôle propre et de son domaine de compétence,
- Définir la démarche de soins et utiliser les outils de soins correspondants (dossier patient, diagnostics infirmiers, macro-cible, transmissions ciblées, plan de soins guide etc. selon la théorie clinique retenue pour le patient)
- Appliquer la prescription médicale, assurer les soins techniques,
- Suivre les effets médicamenteux sur les capacités nécessaires au travail,
- Assurer des soins ambulatoires et des visites à domicile
- Identifier les situations d'urgence ou de crise et y faire face par des actions adaptées (appel au corps médical si besoin,
- Suivre les présences / absences des patients en activité, saisie des actes infirmiers,
- Participer aux entretiens médicaux (patient et entourage) et proposer des entretiens infirmiers,
- Assurer une orientation vers les différentes structures adaptées à la situation,
- Transmettre et assurer une bonne coordination du suivi, assurer les transmissions écrites et orales de qualité à l'équipe pluridisciplinaire,
- Participer aux réunions de synthèse des patients, de service programmées par l'encadrement,
- Aider la personne dans ses différentes démarches administratives ou professionnelles,

Gestion des règles du service

- Planifier et organiser les soins en tenant compte de l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire,
- Dispenser et préparer les médicaments (comprimés, injection), valider la prise médicamenteuse (diagramme de soins),
- Surveiller les dates de péremption des médicaments, contrôle des matériels et des dispositifs médicaux,
- S'assurer de l'approvisionnement de la pharmacie au regard des prescriptions et des besoins du services (médicaments et dispositifs médicaux),
- Participer à l'hygiène de la salle de soins,
- S'assurer de la maintenance et de la bonne marche du matériel de soins (vigilances),
-

Gestion des activités d'hôtellerie

- Veiller au confort des patients (salle d'attente),
- Veiller à l'hygiène des locaux,
- Respecter les procédures d'élimination des déchets

	Fiche de Poste	Libellé; Ressources Humaines Référence; FP / DDS - LB / 06 / 072 Version : 1 Date de diffusion; 29/09/2008
	INFIRMIER EN STRUCTURE AMBULATOIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE DES SECTEURS ROUBAISIEUS	Entité émettrice; Direction des Soins
Page 4 sur 5		

Gestion de la sécurité

- ✓ Effectuer le tour de la structure dans un souci de sécurité,
- ✓ Veiller au verrouillage des portes d'accès extérieurs, sanitaires, toutes pièces à usage collectif,
- ✓ Vérifier la présence effective de tous les patients,
- ✓ Connaître les procédures d'évacuation et d'urgence en cas de danger ou d'incendie par une protection efficace des patients et des collègues de travail,
- ✓ Connaître les numéros de téléphone utiles : interne, et autres service - externe (SAMU, consignes de sécurité, pompiers etc.)
- ✓ Répondre à une demande d'aide de la part d'autres collègues en difficulté.

2.3 Informations & formation

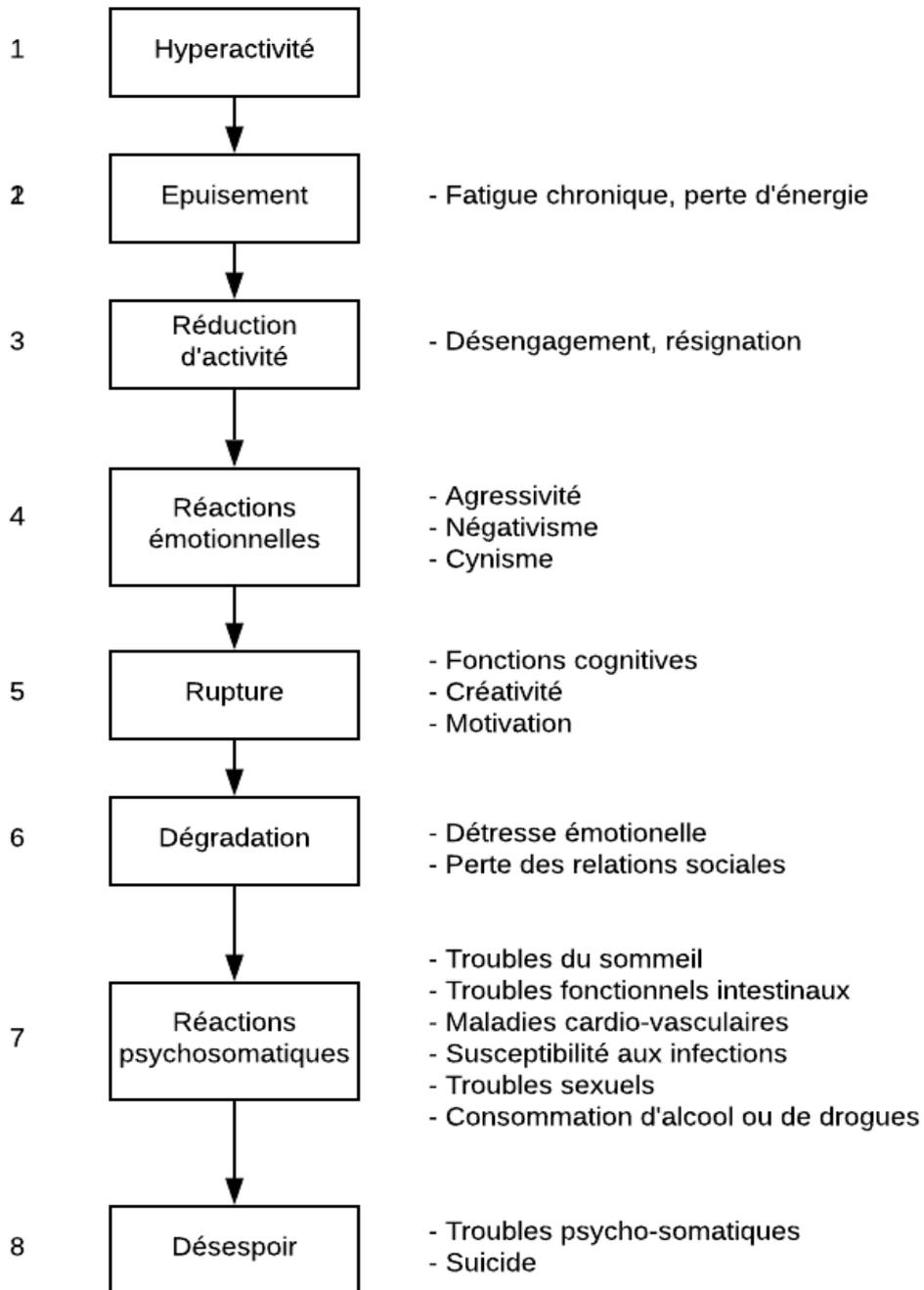
Communication (téléphone, relation avec l'extérieur)

- Transmettre les informations nécessaires (état de santé, origine de la demande d'hospitalisation, etc.) au cadre de santé, au corps médical et au secrétariat,
- Transmettre à l'équipe pluridisciplinaire toutes les informations reçues de manière orale et écrite à l'aide de supports (Mettre à jour les transmissions, le tableau d'affichage, planification murale, outils informatique etc.)
- Gérer les appels téléphoniques et transmettre l'information,
- Informer et renseigner les personnes ou intervenants extérieurs (dispositif roubaisien, réseaux, partenaires) sur l'organisation et le fonctionnement de la structure,
- Faciliter la coordination entre les catégories de professionnelles, notamment au sein de l'équipe paramédicale et équipe médicale,
- participer aux réunions de fonctionnement et/ou d'organisation des services avec les collègues,
- participer au conseil de pôle,

Formation

- Accueillir et assurer l'encadrement des étudiants en soins infirmiers, des stagiaires et des personnels intérimaires
- Participer à l'évaluation des étudiants,
- Collaborer avec les IFSI dans le cadre de la formation des étudiants,
- Établir un projet professionnel en fonction du projet d'établissement et du projet de service,
- Participer à la formation des jeunes arrivants et / ou jeunes diplômés.
- Participer activement aux formations continues proposées par l'établissement au regard du projet professionnel de l'agent.

Annexe 2 : Processus dynamique de l'épuisement professionnel par Weber



Le MBI: MASLACH BURNOUT INVENTORY

Echelle de mesure de l'Épuisement Professionnel du Soignant.
(Traduit par Fontaine).

1 - L'ECHELLE (Cf. verso)

Echelle de fréquence de 22 items représentant les 3 dimensions de l'EP :

- **L'Épuisement Emotionnel (EE)**
- **La Dépersonnalisation (DP) OU Déshumanisation**
- **La Perte d'Accomplissement Personnel (AP)**

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

2 - L'INTERPRETATION du MBI

	EE	DP	AP
High	27 or over	13 or over	0 - 30
Moderate	17-26	7 - 12	31 - 36
Low	0 - 16	0 -6	37 or over

Maslach C, Jackson S du MBI Manuel (1986)

Pour chaque dimension : score « bas », « modéré », « élevé ».

Un score élevé d'EE OU de DP OU un score bas d'AP suffit pour parler de burnout.

En fonction du nombre de dimensions atteintes on distingue des stades de GRAVITE.

Le degré de burnout est dit :

- Faible : seule 1 dimension est atteinte.
- Moyen : atteinte de 2/3 dimensions.
- Sévère : les 3 dimensions sont pathologiques.

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

- 0 Jamais
- 1 Quelques fois par année, au moins
- 2 Une fois par mois, au moins
- 3 Quelques fois par mois
- 4 Une fois par semaine
- 5 Quelques fois par semaine
- 6 Chaque jour

ITEM	FRÉQUENCE
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

Annexe 4 : Grille COREQ

GRILLE COREQ (Gedda, 2015)

Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion

- Caractéristiques personnelles

1) Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?

AGOUNI Farida

2) Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ?

Diplôme d'Etat d'Infirmier

3) Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Infirmière en Centre Médico-Psychologique, étudiante Master 2 IPA

4) Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Femme

5) Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Aucune expérience en recherche

- Relations avec les participants

6) Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant de commencer l'étude ?

Non, les interviewés ne sont pas connus de l'enquêteur.

7) Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ?

Le statut d'infirmière en CMP ainsi que le statut d'étudiante en pratique avancée

8) Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?

Aucune en particulier avant l'entretien.

Domaine 2 : Conception de l'étude

- Cadre théorique

9) Orientation méthodologique et théorique : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?

Etude qualitative exploratoire multicentrique et analyse inductive.

- Sélection des participants

10) Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ?

Echantillonnage raisonné. Accord des directeurs des soins par mail puis de l'encadrement par téléphone et envoi de mails reprenant les caractéristiques de l'étude

11) Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? Par mail sur leurs adresses professionnelles

12) Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

10 participants

13) Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonnées ? Raisons ?

Aucun refus. Seul un centre sur les 4 sollicités initialement n'a pas donné de suite.

- Contexte

14) Cadre de la collecte des données : Ou les données ont-elles été recueillies ?

Les entretiens ont eu lieu sur les lieux de travail soit les CMP, dans un bureau isolé.

15) Présence de non participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Non

16) Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?

10 infirmiers exerçant tous en Centre Médico-Psychologique : 2 hommes, 8 femmes. Agés de 28 ans à 49 ans. Expériences en psychiatrie de 3 ans à 27 ans.

- Recueil des données

17) Guide d'entretien : les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Le guide d'entretien est réalisé par la chercheuse avec l'aide méthodologique de la F2RSM. Il est testé auprès de 3 infirmiers. Il est modifié puis validé par la F2RSM, le directeur et tuteur de mémoire

18) Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui combien de fois ?

Aucun entretien n'est répété

19) Enregistrement audio-visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

L'enregistrement s'est fait en audio à l'aide d'un dictaphone

20) Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé ?

Un journal de bord est tenu durant toute la recherche. Des notes y sont également mises à la fin des entretiens

21) Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé ?

La durée moyenne des entretiens est de 37 minutes. L'entretien le plus long a duré 1h et le plus court 27 minutes.

22) Seuil de saturation : le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

La saturation des données est atteinte à l'entretien 8, 2 autres entretiens sont réalisés et n'ont pas apporté d'autres éléments.

23) Retour des retranscriptions : les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

La proposition a été faite oralement aux participants. Aucun n'en a fait la demande.

Domaine 3 : Analyse et résultats

- Analyse des données

24) Nombre de personnes codant les données : Combien de personnes ont codé les données?

Codage effectué par 3 personnes pour 2 des 10 entretiens : la chercheuse, un psychiatre et un cadre de santé.

25) Description de l'arbre de codage : les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Non

26) Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Les thèmes sont identifiés à partir de l'analyse des données

27) Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Codage à l'aide du logiciel NVIVO

28) Vérification par les participants : les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Les participants n'ont à ce jour pas eu connaissance des résultats.

- Rédaction

29) Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?

Les thèmes et sous thèmes sont illustrés par des extraits de verbatim reprenant le numéro de l'entretien (de 1 à 10) par ordre de réalisation ainsi que le numéro du centre interrogé (de 1 à 3)

30) Cohérence des données et des résultats : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ? Oui.

31) Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ? Oui.

32) Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ? Oui

Annexe 5 : lettre d'information aux participants

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS A L'ETUDE QUALITATIVE

Titre de la recherche :

Le rôle de l'infirmier(ère) dans la prise en soins en Centre Médico-Psychologique des patients souffrant de burnout professionnel

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche qui concerne les pratiques professionnelles des infirmiers dans la prise en soins en structures ambulatoires des patients souffrant de burn-out professionnel.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude :

Nous constatons depuis quelques années une augmentation des consultations en CMP pour des situations de souffrance au travail allant de la situation de stress au burnout. Cette augmentation nous invite à penser qu'il s'agit d'un véritable problème de santé publique.

Le burn-out est un syndrome à manifestations hétérogènes, qui touche plusieurs dimensions (bio-psycho-social) et qui ne correspond à aucune classification nosographique.

Les infirmiers de CMP sont souvent en première ligne dans l'accueil, l'orientation et l'accompagnement des patients souffrant de burnout professionnel.

Objectifs de l'étude :

Objectif principal : identifier les prises en soins infirmières des patients souffrant de burnout professionnel au sein des CMP.

Déroulement de l'étude :

Durée de la recherche : de décembre 2023 à mars 2024

Réalisation d'entretiens individuels programmés dans la structure

Etude multicentrique

Bénéfices de l'étude :

Nous espérons que cette étude permettra d'identifier les pratiques de soins des infirmiers dans l'accompagnement des patients en situation de burnout professionnel.

Résultats :

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (contact@f2rsmpsy.fr).

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès de la personne responsable :

AGOUNI Farida: farida.agouni.etu@univ-lille.fr

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès de l'infirmier qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche: Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) 211 rue du Général Leclerc, 59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE (contact@f2rsmpsy.fr)

L'absence de réponse aux questionnaires de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait de répondre aux questionnaires fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

Annexe 6

Données sociodémographiques

Ce document, nécessaire pour l'interprétation des résultats (données démographiques) ainsi que pour la validation scientifique de l'étude (recueil des consentements) restera en possession privé du chercheur (AGOUNI Farida). Il ne sera pas joint dans les annexes de l'étude ni transmis sous quelque forme qu'elle soit sans une autorisation préalable, explicite, écrite et signée de l'informant ci-dessous désigné afin de garantir son anonymat.

Toutes les données recueillies ci-après serviront pour catégoriser les résultats lors de l'analyse. A aucun moment elles ne seront reprises à titre individuelle, ensemble, de telle manière que l'anonymat puisse être levé.

-Sexe (H-F-Non précisé) ->

-Âge (en années) ->

-Année d'obtention du diplôme d'état d'infirmier ->

-Ancienneté dans l'unité (années ? mois ?) ->

-Pouvez-vous m'indiquer à quelle fréquence prenez-vous en charge les patients souffrant de burnout ? (entourez la réponse qui vous concerne)

1-jamais

2-souvent

3-très souvent

Annexe 7

Guide d'entretien étude qualitative

Version 2 modifiée après entretien « pilote »

Le rôle de l'infirmier en CMP dans la prise en soins des patients souffrant de burnout

Question 1 : Parcours de l'enquêté-e

Pourriez-vous me décrire votre parcours de formation et votre parcours professionnel ?

Sous-questions

Quelles missions avez-vous au sein du CMP ?

Pouvez-vous m'expliquer ce qui vous a amené dans cette structure ?

Question 2 : la spécificité du public

En quelques mots, qu'évoque chez vous le burnout professionnel ? qu'est-ce que cela représente pour vous ?

Sous-questions

Existe-t-il des distinctions pour vous entre les patients souffrant de burnout et les autres ? Si oui, lesquels

En quoi cette prise en charge est singulière/différente ? de manière générale

Le fait de prendre en charge ce public a-t-il modifié votre manière de travailler ?

Question 3 : le parcours de soins en général

Pourriez-vous me décrire les différentes étapes de prise en charge du patient souffrant de burnout dans votre unité ? comment et par qui sont adressés les patients vers le CMP) ?

Sous questions :

Dans votre unité, les patients souffrant de burnout bénéficient ils de prise en charge spécifique ? (Relance : projet spécifique dédié ? parcours type formalisé ? activités thérapeutiques dédiées ? Psychoéducation ?

Quels sont les différentes catégories de professionnels qui participent à la prise en soins du patient ?

Par rapport à ce parcours, quels sont pour vous les moments les plus importants ?

A quels moments de ce parcours êtes-vous le plus sollicité.e ? Comment se fait l'orientation en entretien IDE, vous adresse-t-on des patients ?

Question 4 : les rapports avec les autres professionnels.

Pourriez-vous me lister les différentes catégories professionnelles qui participent à la prise en soins du patient souffrant de burnout ?

Sous-questions :

Sous-question : Avec qui travaillez-vous le plus souvent, y a-t-il des professionnels avec qui vous êtes moins en contact ?

Sous-question : Plus généralement, comment se passent les relations entre professionnels au sein de la structure ?

Rencontrez-vous des difficultés avec les acteurs de soin pour les patients en burnout ? Si oui, lesquels

Question 5 : Améliorations et limites

De manière générale, comment qualifiez-vous la prise en charge du burn-out au sein de votre unité ? (De bonne qualité ? mauvaise qualité ? à améliorer ?)

Quelles sont pour vous les pistes d'amélioration dans la prise en soins du burn-out ?

Les limites ou les obstacles auxquels vous vous heurtez ?

Y a-t-il un élément ou une thématique importante concernant la prise en soins des patient.e.s en burn-out que nous n'aurions pas abordé ?

Annexe 8

Grille d'entretien pour « l'encart patient »

Question 1 : parcours de l'enquêté

Pourriez-vous me décrire comment vous avez été adressé vers une structure spécifique ? A quels moments cette prise en charge vous a paru nécessaire ou que recherchez-vous dans cet accompagnement ?

Sous-questions :

Par qui avez-vous été adressé ? médecin traitant, psychiatre, psycho...

Comment avez-vous vécu cette annonce ?

Question 2 : la spécificité du burn-out

Pourriez-vous me dire les besoins ou difficultés que vous avez ressentis lors de votre burn-out ?

Sous-questions :

Pourriez-vous me dire en quoi le burn-out est particulier ? (Répercussions, symptômes,)

A ce moment-là, aviez-vous des inquiétudes particulières ? Dans quels domaines, à quels moments, de quel ordre ? (Professionnel, social, familial)

Question 3 : Le parcours de soins

Pourriez-vous me décrire votre parcours de prise en charge ? la durée, la fréquence ?

Quels professionnels sont intervenus dans cet accompagnement ?

Question 4 : le rapport avec l'infirmière

Comment le suivi infirmier vous a été proposé ? De quels accompagnements avez-vous bénéficié avec l'infirmier ?

Sous-questions :

A quelle fréquence l'avez-vous vu ? Était-il présent durant une période plus particulière ?

Y a-t-il eu des moments où le suivi était plus intensif ou au contraire moins ? Qu'est-ce que cet accompagnement vous a apporté ?

En quoi, pour vous, son rôle se distingue-t-il d'un autre professionnel ?

Question 5 : Améliorations et limites

De manière générale, comment qualifieriez-vous votre prise en charge ?

Sous-questions :

Y a-t-il pour vous des pistes d'amélioration nécessaires dans cette prise en soins en générale et avec l'accompagnement infirmier en particulier ?

Vous êtes-vous heurtez à des limites ou des obstacles dans votre accompagnement ?(contrainte de temps, de personnes, du groupe...)

Annexe 9

Les différents stades de compétence selon Patricia BENNER (De novice à experte)

Stade 1 : Novice : Les novices n'ont aucune expérience des situations auxquelles elles risquent d'être confrontées. Pour les informer et leur permettre d'acquérir l'expérience nécessaire au développement de leurs compétences, on leur décrit ces situations en termes d'éléments objectifs. Leur pratique se limite donc souvent à gérer les paramètres mesurables (poids, température,) ainsi qu'à mettre en œuvre des règles standards indépendantes du contexte. De ce fait, leur comportement est limité et rigide, et leurs actes éventuellement inutiles ou non adaptés.

Stade 2 : Débutant : Les débutantes ont fait face à suffisamment de situations réelles pour noter (elles-mêmes ou sur indication d'un tuteur) les facteurs signifiants qui se reproduisent dans les situations identiques. Ces facteurs comprennent l'ensemble des caractéristiques globales qui ne peuvent être identifiées que grâce à des expériences antérieures. La débutante peut formuler des principes qui dictent ses actions, mais les différents attributs et aspects identifiés de ces principes sont tous traités avec une importance égale. Il lui manque encore de pouvoir prioriser les caractéristiques constitutives de ces principes.

Stade 3 : Compétent : L'infirmière compétente travaille dans un même environnement depuis 2 ou 3 ans. Elle commence à percevoir ses actes en termes d'objectifs ou de plans à long terme dont elle est consciente. Ce plan dicte quels attributs et aspects de la situation présente ou envisagée doivent être considérés comme les plus importants, et ceux que l'on peut ignorer. Le plan de soin établit une perspective et se fonde sur une analyse consciente, abstraite et analytique du problème. L'infirmière compétente n'a pas encore la rapidité, ni la souplesse de l'infirmière performante, mais elle a le sentiment de maîtriser les choses et d'être capable de faire face aux situations imprévues le cas échéant. La planification consciente et délibérée aide à gagner en organisation et en efficacité.

Stade 4 : Performant : L'infirmière performante perçoit la situation comme un tout, et non en termes d'aspects. La perspective n'est pas réfléchie mais se présente d'elle-même car fondée à la fois sur l'expérience et sur les événements récents. L'infirmière performante apprend par l'expérience quels événements typiques risquent d'arriver dans une situation donnée et comment il faut modifier ce qui a été prévu pour faire face à ces événements. Ainsi, elle sait que ce qu'elle prévoyait ne se manifesterait peut-être pas, mais l'expérience facilite sa capacité de réagir en fonction des priorités perçues. Outre la perception, l'infirmière performante utilise les maximes qui la guident, mais de façon non encore optimale car les maximes reflètent les nuances d'une situation et peuvent signifier une chose ou son contraire en fonction de la situation à laquelle elles s'appliquent. L'infirmière performante développe une compétence appelée le « signal d'alarme précoce », c'est-à-dire le pouvoir de percevoir une détérioration de l'état de santé avant même que les signes vitaux n'explicitent ces changements.

Stade 5 : Expert : L'experte est capable de passer du stade de la compréhension à l'acte sans s'appuyer sur les principes analytiques (règles, maximes). Sa grande expérience lui donne une vision intuitive de la situation et lui permet d'appréhender un problème sans se perdre dans un large éventail de solutions et de diagnostics stériles. Cette maîtrise est telle que l'obliger à porter attention à des détails, à un modèle, ou à une règle formelle amènerait une détérioration de ses performances.

L'infirmière experte cultive la notion de « ce qui est possible ». Ses interventions sont souples et montrent un niveau élevé d'adaptation et de compétence.

Annexe 10 : les entretiens

Entretien 1 centre 1 : 36 min et 36 secondes

Entretien 2 centre 1 : 55 min et 14 secondes

Entretien 3 centre 2 : 33 min et 34 secondes

Entretien 4 centre 2 : 27 min et 21 secondes

Entretien 5 centre 2 : 43 min et 44 secondes

Entretien 6 centre 2 : 27 min et 53 secondes

Entretien 7 centre 3 : 1 h

Entretien 8 centre 3 : 33 min et 21 secondes

Entretien 9 centre 3 : 51 min et 21 secondes

Entretien 10 centre 1 : 39 min et 47 secondes

[Lien verbatims sur Cloud de l'université de LILLE](https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/dcpFGy2DML6tY4E)

<https://nextcloud.univ-lille.fr/index.php/s/dcpFGy2DML6tY4E>

AUTEURE : NOM : AGOUNI Prénom : Farida

Date de soutenance : le lundi 24 juin 2024

Titre du mémoire : Le rôle de l'infirmier (ère) dans la prise en soins en Centre Médico-Psychologique du burnout professionnel.

Directrice de Mémoire : Dr BERNARD Caroline Tuteur professionnel : ALA Morwan

Contexte : le burnout professionnel est un motif de consultations en constante augmentation dans les CMP. Il s'agit d'un véritable problème de santé publique. Il atteint les dimensions bio-psycho-sociales et ses manifestations et atteintes sont multiples. Parmi les professionnels, l'IDE en CMP est un acteur de première ligne dans la prise en soins de ces patients.

Objectif : identifier les pratiques des IDE dans la prise en soins du burnout professionnel en CMP en fonction des structures d'accueil et des différents niveaux d'expérience des IDE.

Méthode : étude qualitative exploratoire multicentrique (3 Secteurs de psychiatrie de l'agglomération lilloise) par échantillonnage raisonné auprès de 10 infirmiers entre décembre 2023 et janvier 2024. Les données sont recueillies lors d'entretiens semi-directifs à l'aide d'une grille d'entretien. Les verbatims sont traités par une analyse thématique inductive.

Résultats : les IDE interrogés ont une expérience professionnelle variée en psychiatrie. Ils détiennent un rôle crucial dans l'évaluation et l'orientation du diagnostic. Les compétences relationnelles sont décrites comme centrales notamment dans la prise en charge de l'atteinte émotionnelle. Les IDE ont recours aux activités thérapeutiques dans la prise en soins des patients en burnout. Les IDE n'ont bénéficié d'aucune formation spécifique sur le burnout. Ils se servent de leur raisonnement clinique basé sur la prise en charge des symptômes dépressifs.

Conclusion : Le rôle IDE est essentiel dans la collaboration interprofessionnelle. Leurs savoirs expérimentiels apportent une expertise dans leurs prises en soins. Le parcours de soins type et le chemin clinique peuvent constituer un levier dans la prise en soins du burn-out en CMP et l'Infirmier de Pratiques avancées en santé mentale et psychiatrie peut participer à l'optimisation de ce parcours en exerçant un leadership clinique

Mots-clés : burnout professionnel, prise en soins infirmière, centre médico-psychologique, relation soignant-soigné, parcours de soins, épisode dépressif.

Title: The nursing role in psychomedical center in caring for patients suffering from burnout.

Background: In PMC, consultations for burnout are in constant augmentation. It's a real public health problem. It affects bio-psycho-social dimensions and has different manifestations and effects. The nurses in psychomedical center have a crucial role in supporting these patients.

Principal objective: collect nurse's practices in caring of patients suffering from burnout in PCM, depending on the structures and the different levels of experience of nurses.

Method: multi-center exploratory qualitative study (3 centers in Lille's conurbation) using purposive sampling of 10 nurses working in 3 psychomedical centers between Dec. 2023 to Jan. 2024, semi-structured interviews, inductive approach to data collections and analysis.

Analysis: PMC nurses have a rich professional career in psychiatry. They have a crucial role in evaluation and guiding the diagnosis. They use therapeutic activities in caring for patients suffering burnout. Relational skills are essential for caring the emotional distress. Nurses don't have burnout's formation. They use clinical reasoning based of depressive symptoms.

Conclusion: The role of nurses is essential in interprofessional collaboration. Their experiential knowledge brings expertise to their care. The coordinate health care and clinical pathway can be a lever for burnout care in the PMC. The Advanced Practice Nurse in mental health and psychiatry can help to optimize this pathway by exercising clinical leadership.

Key-words: burnout, nursing care, psychomedical center, carer patient relationship, care pathway, depressive episode.

