

La relation normée : le surinvestissement dans la relation soignant soigné en tant qu'infirmière coordinatrice

Lucie Touvron

► **To cite this version:**

Lucie Touvron. La relation normée : le surinvestissement dans la relation soignant soigné en tant qu'infirmière coordinatrice. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01250648

HAL Id: dumas-01250648

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01250648>

Submitted on 5 Jan 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

DU Accompagnement et fin de vie

(2014-2015)

Université Pierre et Marie Curie Paris 6

Responsables d'enseignement

- Professeur Francis Bonnet.
- Docteur Véronique Blanchet.
- Docteur Yolaine Raffray.

La relation normée

*Le surinvestissement dans la relation
soignant soigné en tant qu'infirmière
coordinatrice.*

Touvron Lucie

Infirmière coordinatrice.

Sommaire

I.	Introduction.	- 1 -
II.	La problématique.	- 5 -
	A. Les problèmes posés par la situation.	- 5 -
	B. Les problèmes que me pose la situation.....	- 5 -
	C. La problématique.	- 6 -
III.	La recherche documentaire.	- 6 -
	A. La relation soignant soigné.	- 6 -
	B. La relation soignant soigné en phase palliative.	- 11 -
	C. L’infirmière coordinatrice.	- 12 -
IV.	La synthèse.....	- 14 -
V.	La conclusion.....	- 16 -

I. Introduction.

Je suis Infirmière référente d'unité de soins en oncologie. Mon rôle consiste à manager une équipe paramédicale en collaboration avec le cadre de santé mais aussi de pallier au manque d'effectif lorsque cela le nécessite. Je m'occupe de l'accueil des patients mais aussi de leurs devenirs avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Je rencontre Monsieur G. âgé de 66 ans pour la première fois en janvier 2014. C'est un homme qui en impose, tant par sa carrure (1m80, 106 kilos) que par son caractère. Monsieur G. est suivi depuis novembre 2011 dans le service d'oncologie pour un carcinome urothéliale de la vessie. Le jour où je le rencontre il finit sa deuxième ligne de chimiothérapie. C'est un homme plein de vie et attachant. La réévaluation de sa pathologie est prévue pour le mois de mars. Il est plein d'espoir.

Lors cette réévaluation, il est découvert une progression tumorale locorégionale avec extension ganglionnaire métastatique iliaque bilatérale et pulmonaire avec un nodule de 8 millimètres du lobe inférieur droit.

Le patient décide alors l'abstention thérapeutique.

En juillet 2014 une fistule colo-néo-vésicale est découverte, on lui propose une intervention de dérivation digestive (colostomie) et un drainage à demeure de la néo-vessie. Monsieur G. est très clair, il ne veut plus de soins invasifs. Il est transféré en oncologie pour suite de prise en charge. Il est décidé par l'équipe médicale à la demande du patient un passage en phase palliative.

Ce jour, à l'arrivée dans le service, Monsieur G. est souriant, il semble extrêmement serein. Je l'installe en chambre, nous passons un long moment à discuter du présent et de l'avenir. Monsieur G. me raconte son quotidien, ses réveils nocturnes pour aller uriner, l'inconfort qu'entraîne cette fistule. Il me dit qu'il est prêt, qu'il a réuni toute sa famille. Sa vie est

devenue trop dégradante à ses yeux. Il a tout prévu... Une arme l'attend à son domicile, il est prêt à mettre fin à ses jours.

Démunie, surprise, perdue face à ses paroles et sa détermination, je lui dis que je l'entends. Je tente de comprendre ses propos, de le faire verbaliser. Il m'explique qu'il ne veut pas se voir dégrader, que sa qualité de vie n'est plus la même. Je tente de lui expliquer que nous sommes là pour l'accompagner dans sa maladie et que nous ne le laisserons pas souffrir. Monsieur G. rentre chez lui en me faisant la promesse qu'il reviendra si son état le nécessite et avant de partir me lance un « Je ne ferais pas de bêtises, promis ! »

Une semaine plus tard, Monsieur G. est de nouveau hospitalisé dans le service pour hyperthermie et altération de l'état général. Je l'accueille, il m'explique qu'il est très fatigué et suite à notre discussion, il vient pour que je le soulage. Je lui demande où il a mal, tente d'évaluer sa douleur. Là il me sourit, il attend son injection pour partir.

Je reste abasourdie, et je comprends que Monsieur G. souhaite que je l'euthanasie. Je me sens coupable... Je me remets de suite en question et me dis que je n'ai pas dû être claire lors de notre dernier entretien. Sa réaction me culpabilise d'autant plus. Je le sens déçu. Je me sens démunie face à ce patient et sa demande à laquelle je ne peux pas répondre. J'ai l'impression de l'abandonner.

Je passe un long moment avec lui, lui explique que l'euthanasie n'est pas permise en France, je tente de comprendre ce qui l'empêche de vivre ses derniers jours avec dignité.

Je crois qu'à ce moment-là je prends l'avenir de Monsieur G. comme un défi personnel. Je commence par joindre la psychologue du service en lui expliquant les idées suicidaires de Monsieur G. Celle-ci me confirme que Monsieur G. n'est pas dépressif, ses propos sont très cohérents. Monsieur G. habite un ancien corps de ferme, il est très isolé socialement. Il a un frère en Bretagne avec qui il a des contacts mais qu'il voit peu. Son frère appelle régulièrement dans le service. Un jour il me confie qu'il s'inquiète pour son frère, que Monsieur G. lui a fait part de ses idées suicidaires. Je rassure son frère en lui disant que nous allons essayer de mettre des aides à la maison pour rompre avec sa solitude et tenter de lui redonner goût à la vie. Je joins donc l'assistant social afin qu'il réalise une enquête sociale pour trouver des solutions et rendre le quotidien de Monsieur G. plus facile. Les aides à

domicile dont il dispose actuellement paraissent insuffisantes. Avec les médecins nous proposons à Monsieur G. un placement dans un établissement de soins de suite et de rééducation. Avec détermination j'explique le SSR à Monsieur G., qui n'adhère pas dans un premier temps, il veut rentrer chez lui et « en finir ». Je me sens impuissante, je ne conçois pas de le laisser partir, j'ai l'impression d'avoir échoué. J'arrive finalement à le convaincre après de longs échanges. Je lui propose de faire des démarches avec l'assistant social afin de trouver un soin de suite proche de chez son frère. Cette idée semble lui plaire et son frère est très motivé ; il part donc en SSR quinze jours plus tard en Bretagne. Tout cela en espérant lui redonner goût à la vie.

Un mois plus tard, je reçois une carte postale dans le service de Monsieur G., il me dit : *Le SSR était moyen mais j'ai passé 10 jours chez mon frère, qui m'ont fait un bien fou. Je suis de retour chez moi.* A la fin de la carte il écrit « à bientôt malheureusement ». En lisant ces mots je me dis que sa demande d'euthanasie était peut être un appel au secours. Était-ce simplement l'expression de sa douleur morale ou une façon de verbaliser sa difficulté à admettre que la maladie prenait le pas sur sa vie. Chacun de nous mourra un jour, mais pour bien des êtres humains, la conscience d'être atteint d'une maladie grave qui conduira à la mort représente l'une des crises les plus graves qu'ils auront à traverser. Chacun rêve d'une mort paisible, de partir au sommet de sa vie. Le déclin est une chose effrayante. Monsieur G. me donne l'impression de ne pas avoir fait le deuil de sa vie d'avant.

L'histoire pourrait se terminer ainsi, mais Monsieur G. continue à me donner des nouvelles. Chaque semaine, il me contacte sur mon téléphone professionnel, pour me passer le bonjour, mais également pour me demander des renouvellements d'ordonnances, des rendez-vous de consultation avec son oncologue référent. Tout passait par moi, il n'appelait pas le secrétariat, ne communiquait pas avec les internes du service. Sur le moment je ne me pose pas de questions, mais j'étais devenue son référent exclusif. Au mois de décembre je reçois un e-mail sur ma boîte professionnelle de Laurent le fils aîné de Monsieur G. Il me dit être très inquiet pour son papa qu'il trouve très affaibli et confus. Je rappelle donc Laurent le lendemain et lui propose l'hospitalisation de son père. Il me dit que son papa ne le souhaite pas et qu'ils doivent partir à Cannes pour fêter les fêtes de fin d'année en famille. Je transmets donc au médecin l'état de santé de Monsieur G. et son refus d'être hospitalisé. Etant donné son état actuel, la famille est très angoissée, ils ont peur de ne pas savoir s'occuper de lui. Je mets

donc une HAD en place dans sa famille à Cannes et par précaution joins l'équipe mobile de soins palliatifs de Cannes pour leur communiquer l'état de santé de mon patient et l'éventuelle possibilité qu'il se fasse hospitaliser. Tout se synchronise parfaitement et Monsieur G. part à Cannes. Je suis ravie, tellement heureuse pour lui et sa famille. Celle-ci m'appelle le 26 décembre pour me dire que tout se passe bien, qu'il est en forme. Ils ont l'air heureux, c'est mon cadeau de Noël... Je suis très heureuse du parcours de ce patient.

Le 6 janvier je reçois un appel de l'infirmière de l'équipe mobile de soins palliatifs de Cannes. Elle m'annonce l'hospitalisation de Monsieur G. et que son état ne permet pas un transfert dans notre service. Il est de moins en moins conscient mais confortable. Sa famille m'appelle plusieurs fois dans les deux jours qui suivent, je sens qu'ils ne font pas confiance à l'équipe. Je tente de les rassurer, de passer le relais mais de rester présente.

Quatre jours après le premier appel de l'infirmière de l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), je reçois un second appel, il s'agit cette fois du médecin. Celui-ci m'explique que Monsieur G. n'est plus conscient, que toute sa famille est là. Il pense qu'il attend quelqu'un avant de partir et que ce quelqu'un c'est moi. Il me demande de lui parler. Je me sens un peu décontenancée, perdue. J'accepte, je crois que je n'imaginai pas refuser. Le médecin pose le téléphone près de son oreille, j'entends son souffle, ses râles. Je me sens très déstabilisée, autant parler face à face m'est facile autant là je me suis sentie perdue. Je prends mon courage à deux mains et lance dans un souffle court : « *Jean pierre c'est Lucie, vous pouvez y aller Jean Pierre.* ». Je me rappelle lui avoir dit « *Vous avez fait tout ce que vous vouliez, je suis là Jean Pierre.* ». Puis j'ai raccroché. J'ai senti les larmes monter. Je ne sais pas pourquoi, je savais que ce patient allait mourir, mais j'ai ressenti un sentiment indescriptible. Vingt minutes après ce coup de fil, je recevais un appel du fils de Monsieur G. qui m'annonçait son décès. Après le contre coup j'ai été heureuse il est parti comme il le souhaitait, j'aime à dire souvent qu'il a mangé du foie gras jusqu'à son dernier souffle lui qui était un bon vivant. Je suis heureuse de l'avoir accompagné jusqu'au bout.

Depuis son décès chaque semaine, un membre de sa famille m'appelle, dans les premiers temps c'était pour me remercier de mon écoute, de mon accompagnement et au fil des semaines c'était pour parler de lui, évoquer des souvenirs. Je leur ai proposé un suivi post-deuil avec la psychologue du service. Ils l'ont refusé. Je ne comprends plus mon rôle dans

cette relation et en même temps me sens coupable de me sentir étouffée par celle-ci. Cette relation commence à rentrer dans ma sphère privée et je n'arrive pas à passer le relais. Je ne sais comment leur faire comprendre sans qu'ils se sentent abandonner. Je culpabilise me dit que j'ai été trop proche, que je n'ai pas su mettre de la distance dans la relation soignant soigné et à contrario la situation ne m'a jamais posé problème tant que Monsieur G. était vivant. C'est la relation avec la famille qui me pose problème car où est le Patient ? Ils n'ont pas besoin d'une infirmière coordinatrice. Cette relation me pèse, m'étouffe.

II. La problématique.

A. Les problèmes posés par la situation.

- Le patient dit qu'il va se suicider à domicile.
- Il dit attendre son injection pour mourir.
- Douleur morale.
- L'isolement familial au début de la prise en charge.
- L'incontinence.
- La famille garde le contact après le décès du patient.
- Le refus de la famille d'un suivi post deuil.
- La relation exclusive.

B. Les problèmes que me pose la situation.

- Patient en soins palliatifs qui souhaite se suicider.
- Relation qui semble extraordinaire, surinvestit.
- Limites personnelles atteintes avec la famille.
- Relation avec la famille malgré le décès du patient.

- Incapacité à passer le relais.

C. La problématique.

Qu'est-ce que le surinvestissement dans la relation soignant soigné avec un patient en phase palliative et sa famille en tant qu'infirmière coordinatrice ?

Tout au long de ces pages je tenterais de comprendre et définir le surinvestissement dans la relation soignant soigné. Afin d'y parvenir je définirais dans un premier temps la relation soignant soigné et ses normes puis la relation soignant soigné avec un patient en phase palliative. Enfin je définirais le terme surinvestissement.

III. La recherche documentaire.

A. La relation soignant soigné.

➤ *Définition.*

La relation : nom féminin qui vient du latin signifiant « Rapport lien entre deux choses. »

Selon le petit Robert « Une relation est une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les uns sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque.

La relation d'après Alexandre Manoukian « Une relation, c'est une rencontre entre deux personnes au moins, c'est-à-dire deux caractères, deux psychologies particulières et deux histoires. »¹

La relation soignant soigné d'après l'encyclopédie des soins infirmier, c'est le lien existant entre deux personnes de statut différents, la personne soigné et le professionnel de santé. Cette relation nécessite trois attitudes : engagement personnel du soignant, objectivité et disponibilité :

- L'infirmier doit s'engager personnellement dans la relation en considérant le malade sans jugement de valeur, tel qu'il est avec un autre mode de raisonnement, d'autres réactions et d'autres sentiments qu'il peut avoir dans sa vie personnelle.
- L'objectivité est indispensable afin d'éviter une déformation de ce qui pourrait être observé ou entendu.
- Une disponibilité du soignant est sollicitée pour pouvoir observer, écouter, identifier les demandes de la personne soignée.

A travers ces définitions, nous constatons que la relation soignant soigné est considérée comme un soin. Le métier de soignant a évolué au fil des ans. A travers les siècles, les pratiques de soin, et leurs visions ont changées.

➤ *Histoire de la relation.*

Dans l'antiquité, la maladie et les soins sont associés à leur croyance religieuse.

Du moyen âge à la révolution l'infirmier a la charge de soins courants tels que : laver, reconforter, nourrir et éduquer les patients. L'acte de soigner était totalement bénévole, l'infirmier est pris en charge par la structure qui l'emploi. Le soin est une valeur culturelle.

¹ Manoukian, Alexandre et al. (2008) *La relation soignant soigné*. Paris : Lamarre.223p.

Aujourd'hui, on ne parle plus vraiment de patient mais de « client », la t2a étant un facteur de ce changement. L'état a mis en place des systèmes de contrôle permettant de juger les hôpitaux : l'accréditation. Le soin requiert donc bien des compétences et de l'organisation.

De la seconde partie du XIXe et au début du XXe : un vrai cursus de formation infirmier est créé. On constate la nécessité de certaines connaissances. Le Dr Bourneville, médecin militaire créé les écoles municipales d'infirmiers. Sept disciplines y sont enseignées :

- Administration et comptabilité hospitalière.
- Anatomie, physiologie.
- Pansement.
- Hygiène.
- Soins des nouveaux nés et femme en suite de couche.
- Pharmacie.
- Enseignement parallèle auprès des malades.

On soigne la personne mais toujours pas dans sa globalité, la relation commence à peine à trouver sa place.

En 1937 le diplôme d'état est obligatoire pour exercer, les soignants sont donc tous qualifiés.

La profession de 1945 à nos jours : Prise en charge de l'aspect psychologique du patient. En 1979 la notion de prise en charge globale fait son apparition. Février 2002 : décrets relatifs aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmière.

Etre infirmier nécessite donc un savoir, un savoir-faire mais aussi un savoir être.

➤ *La distance thérapeutique.*

La relation soignant soigné est une rencontre unique. Car entre deux personnes, cette relation même si elle fait partie d'un cadre législatif est unique dans le sens où chaque personne est unique. « La relation soignant soigné n'est donc pas fixe c'est-à-dire que celle-ci varie selon différents facteurs que nous ne pouvons contrôler. La relation dépend donc de la personnalité

de chaque individu et du contexte dans lequel la relation naît »². La relation soignant soignée est une communication forte complexe. « C'est avec son corps, sa parole et son affectivité que l'on rentre en relation. » selon Alexandre Manoukian et pourtant elle nécessite une distance thérapeutique afin de rester aidant.

Selon le Larousse : « La distance est l'intervalle qui sépare deux points dans l'espace. ». Pour Patrick Prayez « La distance est la séparation de deux êtres dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. ».

La relation soignant soigné est une relation complexe, afin de pouvoir la pratiquer même si on nous l'enseigne à l'école, il faut à mon avis maîtriser les soins techniques, toutefois ils sont souvent vus comme prioritaires et laissent parfois peu de place au temps relationnel. La dimension relationnelle dans les soins infirmier est fondamentale mais les différents aspects de la relation sont souvent méconnus introduisant souvent une confusion dans les termes. Pour certains c'est une relation naturelle qui ne s'apprend pas et ne demande aucun cadre précis. Bien que la relation soignant soigné s'inscrive dans un cadre d'aide, elle n'est pas systématiquement une relation d'aide. C'est une relation qui ne s'improvise pas. Le Docteur Deshayes nous dit : « Là où il y a relation, il y a du risque. »

Cette relation d'aide en soins infirmier est née dans les années 1960-1970. Les infirmières commencent à revendiquer un rôle propre dans lequel s'inscrit la relation d'aide. C'est en 1980 que la relation d'aide en soins infirmier se professionnalise.

Etre infirmier impose des responsabilités professionnelles, des devoirs, des attitudes qui sont inscrites dans les textes officiels. Il s'agit principalement de deux textes : l'un regroupant les articles R4311-1 à R4311-15 et l'autre constitué des articles R4312-1 à R 4312-49 du code de la santé publique.

Comme nous l'avons vu précédemment il faut donc dans la relation être à l'écoute du patient être neutre... avoir la juste distance ... les risques sont des mécanismes de défense dont nous sommes tous susceptibles d'utiliser mais aussi que la relation ne soit plus soignant soigné

² Deshayes, Catherine(2010) *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Paris : Dunod 205p.

mais plus intimiste. La juste distance selon moi est très personnelle afin qu'elle reste soignante il faut se connaître, connaître ses limites.

Il est important, je pense de développer la distance dans la relation soignant soigné.

D'après Pascal Prayez³ « La distance est la séparation de deux points dans l'espace, de deux objets éloignés l'un de l'autre par un écart mesurable. Selon l'étymologie latine, il s'agit de « Se tenir debout », en étant séparé de l'autre par un espace plus ou moins important. »

Dans la relation soignant soigné, le professionnel de santé doit garder une certaine distance, afin de ne pas être affecté et de dépasser ses propres affects. Il est souvent difficile de trouver cette « juste » distance mais y a-t-il vraiment une juste distance. Une distance trop importante peut entraîner une mauvaise compréhension des besoins du patient à contrario une distance « Non respectée » peut engendrer une relation qui devient trop personnelle entre le patient et le soignant. Il est important de connaître les différentes formes de distance afin de trouver la bonne distance dans la relation soignant soigné.

Edward T. Hall⁴ propose une description des distances :

- La distance intime ou privé (0 à 15 cm) : le contact de peau a peau.
- La distance intime de mode éloigné (15 à 40cm) : les corps sont disjoints, mais assez proche pour se toucher.
- La distance personnelle (45 à 75 cm) : distance minimum acceptable pour chaque individu.
- La distance personnelle mode lointain (75 à 125 cm) : distance des relations professionnelles.
- La distance sociale (1,20 à 2,10 m) : aucun contact n'est possible.
- La distance sociale mode lointain (2,10 à 3,60) : distance de recul, d'observation.

³ Pascal, Prayez psychologue clinicien (doctorat soutenue en 1993 a l'université de Paris 7.).

⁴ Edward T. Hall anthropologue américain et spécialiste de l'interculturelle.

- La distance publique (3,60 à 7,50) : distance qui concerne plus le groupe que l'individu.
- La distance publique mode lointain (7,50 et plus) : distance des personnages officiels.

En étudiant ces différentes distances on constate que les soignants peuvent se trouver autant dans une relation intime que personnelle mode lointain. Il est donc difficile de dire qu'il n'y a qu'une distance, une juste. La distance soignant soigné n'est donc pas figée, elle évolue avec la relation. Elle est souvent liée à l'évolution clinique du patient. La bonne distance « Protocolisée » n'existe pas selon Hesbeen. Il appartient donc à chacun des soignants d'évaluer, d'adapter sa propre distance en fonction de la dynamique de la relation. Les limites sont personnelles et dépendent de chaque soignant. Pascal Prayez définit la juste distance comme « La capacité à être au contact d'autrui malgré les différences de place ». Nous comprenons alors que la juste distance n'est pas d'être à l'écart du patient mais d'être au contact de celui-ci pour le soigner, l'accompagner, sans oublier son rôle de soignant. Il est quand même important de préciser que le non-respect de cette distance professionnelle dans la relation soignant soigné, est parfois difficile à garder, est quand même nécessaire car elle peut emmener à un épuisement professionnel.

B. La relation soignant soigné en phase palliative.

La relation soignant soigné avec un patient en phase palliative et sa famille est une relation particulière.

Chez le patient, une fois le pronostic annoncé, les patients vivent dans un monde en marge de la société, ils n'ont plus vraiment de statut, ils deviennent mourants. Pour citer Isaac Asimov « La vie est agréable, la mort est paisible, c'est la transition qui est désagréable. ». Les patients en phase terminale ont besoin et méritent une présence attentive et aimante, surtout lorsque l'on considère toutes les pertes qu'ils traversent continuellement au cours du processus de mourir. Car plus que dans n'importe quelle relation la temporalité a une très grande place. Surtout en tant qu'infirmière coordonnatrice toute demande devient une urgence et on essaie d'y répondre au plus vite. La relation est souvent plus intense le patient tout comme sa famille se rend compte que les jours sont comptés et se confronter à la mort est une chose difficile car comme dit Freud « Chacun de nous dans son inconscient se croit immortelle. ». La famille tout comme le patient souffre de cette situation, même si à l'école

on apprend que seul le patient est notre préoccupation, il n'y a pas que la personne qui est dans le lit à prendre en considération. La famille fait parti du patient qui meurt et il est important de comprendre la dynamique de celle-ci pour aider le patient.

Le terme famille signifie beaucoup de choses différentes dans notre société. Nous pourrions définir la famille comme un groupe de personnes qui est liées par les gènes, le mariage et l'adoption. La famille est un système. La maladie devient un membre qui affecte les vies et relations de tous les membres du système. La famille en tant qu'entité, meurt avec l'un de ses membres. La famille ne sera plus jamais la même. Notre objectif en tant que soignant n'est pas de jouer le thérapeute familial, mais de donner de la force à la famille. Les soins de fin de vie sont remplis de paradoxes, à la fois pour les familles et les patients mourants. La lutte avec le paradoxe implique le fait que le patient soit à la fois vivant et en train de mourir. Les membres de la famille s'accrochent à l'espoir d'une vie prolongée, et doivent en même temps faire face à la réalité d'une mort qui s'approche.

Chaque famille est unique et réagit au processus de mort d'une façon particulière en cohérence avec sa propre histoire et ses croyances. En plus de cette spécificité à la relation mon rôle est un rôle plus à même d'avoir des difficultés dans la relation soignant soigné.

Il est peut être nécessaire de définir le rôle et les missions de l'infirmière coordinatrice.

C. L'infirmière coordinatrice.

➤ *Le rôle de l'infirmière coordinatrice.*

L'infirmière coordinatrice exerce un rôle clé auprès des usagers, des familles, du personnel, de la direction et les intervenants extérieurs. Elle pilote une équipe et assure la qualité de prise en charge des usagers. Elle manage une équipe au quotidien tout en organisant et accompagnant le travail de son équipe. L'infirmière coordinatrice plus que tout autre soignant est pratiquement exclusivement dans une relation à distance intime voire intime de mode éloigné avec le patient. Elle est l'un des interlocuteurs privilégié de la famille et du patient car souvent c'est elle qui fait appel aux différents acteurs de la prise en charge. Elle est au centre de la prise en charge du patient, elle coordonne tout. Comme tout soignant elle est investie dans son travail, mais elle est plus touchée par le risque de surinvestissement, car souvent

seule à organiser la prise en charge du patient il lui est compliqué, voir impossible de déléguer.

Mais qu'est-ce que s'investir et se surinvestir.

➤ *Le surinvestissement.*

Investir est un verbe transitif, selon le Larousse le terme est défini comme « Attacher une grande valeur affective à quelque chose ou mettre son énergie dans une action, une activité. »

Etymologiquement investir vient du latin investir « Revêtir, garnir. »

Surinvestir signifie selon le Larousse « Investir au-delà des besoins réels. »

Le surinvestissement peut amener au burnout ou l'épuisement professionnel. Ceux-ci sont des maux courants parmi les personnels soignants et aidants.

Selon l'institut national de recherche et de sécurité (INRS) le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout est un ensemble de réactions consécutives à des situations de stress professionnel chronique dans lesquelles la dimension de l'engagement est prédominante. Il se caractérise par trois dimensions :

- L'épuisement émotionnel : sentiment d'être vidé de ses ressources émotionnelles.
- La dépersonnalisation ou le cynisme : deshumanisation de la relation à l'autre, vision négative des autres et du travail.
- Le sentiment de non accomplissement personnel au travail : sentiment de ne pas parvenir à répondre correctement aux attentes de l'entourage, dépréciation de ses résultats.

Eddwich et Broodsky décrivent les 4 phases successives du burnout :

- 1) L'enthousiasme : enthousiasme débordant, le soignant a le sentiment qu'il va faire de grandes choses, se dépense sans compter pour les patients.
- 2) La stagnation : Le soignant est déçu. Il compense ce déficit par un surinvestissement qui s'avère contreproductif. Sa santé s'altère, il dort mal, néglige sa vie intime.

- 3) La désillusion, la frustration : le soignant commence à douter du sens de son travail.
- 4) L'apathie, la démoralisation : le soignant est dans l'impasse, il n'a plus aucune considération ni pour lui-même, ni pour le patient.

Notre profession demande un investissement personnel et affectif important. Les soignants peuvent être concernés par le risque de burnout quand ils arrivent à ressentir un écart trop important entre leurs attentes, la représentation qu'ils ont de leur métier (portée par des valeurs et des règles) et la réalité du travail. Cette situation qui les épuise et les vide « émotionnellement », les conduit à remettre en cause leur investissement initial.

Les facteurs de risques sont les suivants : la surcharge de travail, la pression temporelle, le faible contrôle sur son travail, le manque d'équité, le manque de clarté dans les objectifs, et le manque de moyens.

Pour prévenir l'apparition du phénomène, il est recommandé de veiller à ce que l'organisation du travail et les contraintes qu'elle génère ne surcharge pas le personnel et ne le met pas en porte à faux vis-à-vis des règles et des valeurs de leur métier. Il convient donc de mettre en place le travail en équipe.

IV. La synthèse.

Tout au long de ces pages je cherchais à définir le surinvestissement dans la relation soignant soigné avec un patient en soins palliatifs et sa famille. Nous avons donc pu découvrir que le surinvestissement est le résultat d'une relation soignant soigné inadaptée. S'investir c'est se donner dans notre travail, car le métier de soignant est un métier dédié à l'autre. C'est un métier complexe à exercer car même s'il y a des règles, la relation soignant soigné ne peut être normée. Il convient à chacun de trouver ses limites. Pour être un bon soignant, recommande-t-on en formation, il ne faut pas se laisser envahir par la maladie du patient. Il faut se protéger. On nous apprend à rester maître de nous-mêmes grâce à une distance thérapeutique, ceci tout en prétendant aider les autres, les malades, nos semblables. Mais même en ayant appris à bien s'en méfier, des émotions nous atteignent quand même. Qu'on le

veuille ou non, elles sont au centre du soin. Les émotions c'est justement ce qui permet au soignant de connaître et de comprendre le malade. La connaissance qui vient de soi est une force insoupçonnable pour ceux qui veulent aider les autres.

Tout au long de la prise en charge de Monsieur G., je ne pense pas m'être surinvestie. Je n'ai pas dépassé mes limites. Le travail d'infirmière coordinatrice est difficile car nous sommes continuellement dans une relation très proche avec le patient, ni le soin technique, ni la contrainte du temps, de l'organisation n'interfère et en même temps permet la distance avec le patient. Tout comme la famille nous sommes souvent leurs interlocuteurs privilégiés car les infirmières sont souvent prises par leurs obligations alors que l'infirmière coordinatrice a une temporalité toute différente. Il est vrai, je me rends compte à présent que j'aurais certainement pu passer plus le relai afin de sortir de cette relation un peu exclusive. J'aurais dû lorsque Laurent, le fils de Monsieur G. m'a appelé car il était inquiet pour l'état de santé de son papa transférer l'appel directement au médecin. Je pense que la famille s'est beaucoup attachée à moi pour plusieurs raisons. Lorsque que j'ai rencontré Monsieur G. pour la première fois, il verbalisait son envie de mettre fin à ses jours et était très isolé de sa famille. J'ai réussi au fur et à mesure de son hospitalisation à lui redonner l'envie de profiter du temps qui lui restait et de se rapprocher de sa famille. J'ai surtout fait intervenir les personnels médicaux et paramédicaux compétents (psychologue, psychomotricienne et assistant social) qui ont aidé Monsieur G. à cheminer et faire le deuil de sa vie d'avant. Je pense que la famille de monsieur G, s'imagine que ce changement est lié à la relation que j'avais avec ce patient et se sente redevable. Mais ce changement est surtout lié à la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire. De plus Monsieur G. a rendu son dernier souffle après mon appel, c'est une image symbolique pour la famille.

Je pense que mon défaut comme beaucoup d'infirmière coordinatrice est de souvent travailler seule. Oui j'aurais pu être en souffrance dans cette relation avec ce patient et cette famille qui me prenait pour leur sauveur. Mais connaître ses limites m'a beaucoup aidé. Je pense que l'expérience et la réflexion quotidienne sur ses pratiques permet de se protéger.

Cette situation avec la famille depuis le décès de monsieur G me met mal à l'aise car elle dépasse mes limites et mon rôle. Je ne suis pas psychologue et n'ai pas la capacité de les aider, et m'en rendre compte est preuve d'une réflexion professionnelle. Je leur ai proposé un

suivi post-deuil avec une psychologue et leur refus ma questionné. Mais je pense qu'il est important de leur verbaliser, que je ne suis pas compétente pour les soutenir et leur redonner les numéros des personnes compétentes.

Je ne sais pas si c'est un métier que je pourrais exercer toute au long de ma carrière professionnelle. Accompagner un patient en fin de vie et sa famille est éprouvant, pleins d'émotions et test nos limites soignantes chaque jours. Il est importante de savoir se dire stop et ne pas se laisser envahir pas la souffrance des soignés et leur famille. J'ai compris à travers ces recherches que la limite entre l'investissement et le surinvestissement est minime et qu'il est important chaque jour de remettre sa pratique en question.

V. La conclusion.

En conclusion le surinvestissement nous guette tous en tant que soignant. Il n'y a pas de norme, chaque relation est différente car elle est patient-dépendante et soignant-dépendante. J'ai appris beaucoup en écrivant ce récit de situation complexe authentique, j'ai compris et redécouvert la complexité de mon travail. J'ai compris l'importance de la prise en charge de la famille d'un patient en phase palliative et également l'importance de la soutenir, mais tout en gardant une distance thérapeutique adaptée. La perte successive d'être n'est pas sans conséquence même lorsqu'on est soignant. Savoir passer le relais et avouer lorsque la prise en charge nous dépasse est important. Il est donc important de se connaître et d'avouer ses limites pour être aidant.

Bibliographie

Ouvrages

Daydé, Marie-Claude et al (2010) *Relation d'aide en soins infirmiers*. Paris: Elsevier Masson. 153p.

Denaux, Garance (1994) *La mort accompagnée*. Angleterre : Pocket. 246p.

Deshays, Catherine (2010) *Trouver la bonne distance avec l'autre*. Paris : Dunod. 205p.

Hesbeen, Walter (2002) *La qualité du soin infirmier*. Paris : Masson.

Manoukian, Alexandre et al. (2008) *La relation soignant soigné*. Paris : Lamarre. 223p.

Richard, Marie Sylvie(2013) *Soigner la relation en fin de vie*. Paris: Dunod. 192p.

Zerwekh, Joyce(2010) *Etre infirmier en soins palliatifs*. Bruxelles : Boeck université. 449p.

Article périodique

Castra, Michel (Janvier 2004) Faire face à la mort. *Travail et Emploi*, numéro 97, page 53-64.

Extrait de site

Lebret Jean marc. *Réflexion philosophique*. In(Cadre de sante.com). Paris, 2007(consulté le 1 mars 2015). Disponible sur [http:// cadre de sante. com/spip/profession/profession-cadre/Réflexion philosophique-sur-la.html](http://cadre.de.sante.com/spip/profession/profession-cadre/Réflexion%20philosophique-sur-la.html).