Année 2021/2022 N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Otilia – Veronica FERENCZ – GRIGORE

Née le 9 juillet 1990 à Gheorgheni (Roumanie)

MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF INNOVANT DE SOINS PSYCHOCORPORELS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE AU SEIN D'UNE CPTS : MOTIVATIONS, ATTENTES, FREINS ET RESSENTIS EN AMONT ET A L'ISSUE DE LA PHASE D'EXPERIMENTATION

Présentée et soutenue publiquement le 28 juin 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : **Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Professeur Emérite, Faculté de Médecine – Tours**

Membres du Jury :

Professeur Clarisse DIBAO – DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Jean – Philippe COTTIER, Radiologie et Imagerie médicale, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Paul BRUNAULT, Psychiatrie et Addictologie, MCU – PH, Faculté de Médecine – Tours

Directrice de thèse : Docteur Céline TERRACHER, Médecine Générale, Châteauroux

Codirectrice de thèse : Docteur Laurence PHILIPPE, Médecine Générale, Châteauroux

RESUME

Mise en place d'un dispositif innovant de soins psychocorporels entre professionnels de santé au sein d'une CPTS : motivations, attentes, freins et ressentis en amont et à l'issue de la phase d'expérimentation

Contexte : Les situations de souffrance au travail des soignants augmentent et les dispositions de prévention et thérapeutiques en ambulatoire sont peu nombreuses.

Objectif : Explorer les ressentis des professionnels de santé en amont et à l'issue de la phase d'expérimentation d'ateliers mensuels de soins entre soignants alliant le toucher et la parole dans le cadre de la CPTS Châteauroux and Co.

Matériel et méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi – dirigés de professionnels de santé ayant participé à cette expérience. Enregistrement des entretiens, retranscription des verbatims et analyse de leur contenu.

Résultats : L'intégralité du groupe des six soignants a été interrogée avant et après une série de huit séances de soins entre soignants. Globalement, cette expérience a été ressentie de façon très positive. Les réserves principales exprimées étaient le manque de disponibilité et pour certains, des appréhensions sur leur capacité à soigner par le toucher. Elles ont pu être levées rapidement dès les premières séances. Le ressenti d'un impact positif sur leur vie professionnelle et personnelle a été exprimé par une majorité. L'absence de supervision et de nécessité d'une expérience antérieure pour y participer étaient envisagés comme des atouts pour l'accessibilité à tous.

Conclusion : Le ressenti positif des soignants ayant participé à cette expérimentation doit amener à s'intéresser à sa reproductibilité dans des conditions et avec des participants différents, afin de déterminer si la méthode pourrait constituer une nouvelle proposition pérenne de soins préventifs entre soignants.

Mots clés : professionnel de santé, soignants, épuisement professionnel / prévention et contrôle, souffrance au travail, soins ambulatoires, relations interprofessionnelles, pratiques psychocorporelles, CPTS.

ABSTRACT

Implementing an innovative psychological and physical self – care program for health – care workers within a territorial healthcare professionals' community: pre and post assessment of motivations, expectations, experiences and limitations

Background: The number of health – threatening situations among health – care workers is on a rise and there are few preventive and therapeutic measures available in ambulatory health – care.

Objective: Assessing the opinions and feedback of health-care workers within the Territorial Health – Care Professionals' Community before and after their experience with the "take care of a care – giver" monthly workshops, which implements the sense of touch and speech as a mode of therapy.

Method: Qualitative research study with semi – structured interviews of health care – workers who participated in the experimentation of the program; voice recording, transcription of interviews and content analysis.

Results: Six health – care workers were interviewed before and after eight care sessions. Overall the experience was reviewed very positively. The most common limitations in participating in the project were reported to be the lack of availability of time or the reluctance towards the effectiveness of the treatment modality. The apprehension towards the effectiveness of treatment has swiftly dispelled after the first sessions in the program workshops. The majority of the participants reported a positive impact in their professional and personal well - being. The participants have found that the autonomous nature of the program and the lack of requirements of previous experience are facilitating factors for easy access to the program.

Conclusion: The participants' positive feedback justifies further exploration of the program's reproducibility under different circumstances and with different participants, in order to determine the method's feasibility as a new long – term preventative treatment option among and for health – care workers.

Key words: professional health care - workers, burnout, prevention and control, work related distress, ambulatory healthcare, interprofessional connections, psychological and physical self – care, territorial health care professionals' community.

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESSEURS
Pr Denis ANGOULVANT, Pédagogie
Pr Mathias BUCHLER, Relations internationales
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, Moyens – relations avec l'Université
Pr Clarisse DIBAO-DINA, Médecine générale
Pr François MAILLOT, Formation Médicale Continue
Pr Patrick VOURC'H, Recherche

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES
P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P.BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU– C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L.CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINE – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE - A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian ..... Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis ..... Cardiologie
APETOH Lionel ..... Immunologie
AUPART Michel ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique ..... Cardiologie
BAKHOS David ..... Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas ..... Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle ..... Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe ..... Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora ..... Pharmacologie clinique
BERHOUET Julien ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne ..... Cardiologie
BERNARD Louis ..... Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .... Biologie cellulaire
BLASCO Hélène ..... Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique ..... Physiologie
BOURGUIGNON Thierry ..... Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent ..... Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck ..... Urologie
BUCHLER Matthias ..... Néphrologie
CALAIS Gilles ..... Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent ..... Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe ..... Neurologie
COTTIER Jean-Philippe ..... Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François..... Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume..... Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe ..... Anatomie
DIOT Patrice ..... Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague ..... Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri ..... Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam ..... Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan ..... Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent ..... Cardiologie
FAVARD Luc ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand ..... Gériatrie
FOUQUET Bernard ..... Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick ..... Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle ..... Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe ..... Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe ..... Rhumatologie
GRUEL Yves ..... Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice ..... Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine ..... Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel ..... Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel ..... Thérapeutique
HANKARD Régis..... Pédiatrie
HERAULT Olivier ..... Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis ..... Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe ..... Biologie cellulaire
IVANES Fabrice ..... Physiologie
LABARTHE François ..... Pédiatrie
LAFFON Marc ..... Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert ..... Chirurgie infantile
LARIBI Saïd ..... Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique ..... Bactériologie-virologie
LAURE Boris ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry ..... Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel ..... Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude ..... Cancérologie, radiothérapie

MACHET Laurent ..... Dermato-vénéréologie
MAILLOT François ..... Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain ..... Pneumologie
MARRET Henri ..... Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel ..... Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent ..... Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine ..... Pédiatrie
MORINIERE Sylvain ..... Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa ..... Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis ..... Rhumatologie
ODENT Thierry ..... Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi ..... Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna ..... Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric ..... Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck ..... Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean ..... Ophtalmologie
PLANTIER Laurent ..... Physiologie
REMERAND Francis ..... Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe ..... Biologie cellulaire
ROSSET Philippe ..... Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline ..... Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem ..... Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab ..... Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria ..... Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre ..... Pédiatrie
TOUTAIN Annick ..... Génétique
VAILLANT Loïc ..... Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane ..... Anatomie
VOURC'H Patrick ..... Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé ..... Immunologie
ZEMMOURA Ilyess ..... Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE
DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES
MALLET Donatien ..... Soins palliatifs
POTIER Alain ..... Médecine Générale
ROBERT Jean ..... Médecine Générale

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE
MC CARTHY Catherine ..... Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
AUDEMARD-VERGER Alexandra ..... Médecine interne
BARBIER Louise..... Chirurgie digestive
BINET Aurélien ..... Chirurgie infantile
BISSON Arnaud ..... Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul ..... Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès ..... Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo ..... Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas ..... Cardiologie
DENIS Frédéric ..... Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie ..... Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane ..... Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure ..... Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine ..... Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie..... Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie ..... Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille ..... Immunologie
LE GUELLEC Chantal ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno ..... Pédiatrie
LEGRAS Antoine..... Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien ..... Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine ..... Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste ..... Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud ..... Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric ..... Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille ..... Médecine légale
ROUMY Jérôme ..... Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte ..... Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie ..... Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl ..... Bactériologie
TERNANT David ..... Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure ..... Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
AGUILLON-HERNANDEZ Nadia ..... Neurosciences
NICOGLOU Antonine ..... Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald..... Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile ..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES
BARBEAU Ludivine ..... Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle ..... Médecine Générale
PAUTRAT Maxime ..... Médecine Générale
RUIZ Christophe ..... Médecine Générale
SAMKO Boris ..... Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE
BECKER Jérôme ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe ..... Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice ..... Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie ..... Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric ..... Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie..... Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William ..... Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha ..... Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille ..... Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire ..... Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT
Pour l'Ecole d'Orthophonie
DELORE Claire ..... Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie ..... Praticien Hospitalier
Pour l'Ecole d'Orthoptie
BOULNOIS Sandrine ..... Orthoptiste
SALAME Najwa ..... Orthoptiste
Pour l'Ethique Médicale
BIRMELE Béatrice ..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Madame le Docteur **Laurence PHILIPPE**,
Merci de m'avoir tant appris. Merci de m'avoir donné le courage de poursuivre dans cette voie. Merci de m'avoir engagée sur ce sujet de thèse : t'avoir en tant que directrice de thèse a été un réel bonheur.

A Madame le Docteur **Céline TERRACHER,**
Merci de m'avoir soutenue pendant cette thèse, merci de m'avoir écoutée avec tant de patience.

A Monsieur le Professeur **Philippe COLOMBAT**,
Merci de me faire le grand honneur de présider ce jury et de me faire bénéficier de votre expertise dans le domaine du soin au soignant

Professeur **Clarisse DIBAO – DINA,** Professeur **Jean – Philippe COTTIER** et Docteur **Paul BRUNAULT**
Je vous remercie pour l'honneur que vous me faites de juger cette thèse.

A Monsieur le Docteur **Frederic Didier LEBEAU**,
Merci pour le soutien et votre encouragement dans mon parcours d'internat.

A Monsieur le Docteur **Khalil BENCHEKROUN KRIMI** et l'équipe du service de pédiatrie CH Châteauroux,
Merci de m'avoir accompagnée et de m'avoir guidée lors de mes premiers pas en tant qu'interne en France.

A Monsieur le Docteur **Habib HALLAK** et l'équipe du service de Neuro – Gériatrie du CH Châteauroux,
Merci de m'avoir accompagnée dans les situations complexes. Merci pour votre bienveillance et votre écoute.

A l'équipe des **Urgences du CH Saint – Amand – Montrond**
Merci de m'avoir appris le travail en équipe. Merci de m'avoir appris à être patiente et merci de m'avoir appris à écouter.

A Monsieur le Docteur **Patrice GUESNE**, le Docteur **Christophe BEDIOU** et Madame le Docteur **Sophie EYRAUD**
Merci de m'avoir accompagnée au cours de mon premier semestre de médecine générale. Merci d'avoir été si compréhensifs dans une période si difficile pour moi.

A Madame **Françoise BANDALY** et l'équipe du service de Gynécologie – Obstétrique du CH Châteauroux
Merci pour votre patience et pour votre encouragement.

A Monsieur le Docteur **Christophe RUIZ** et le Docteur **Jean Paul DA SILVA**
Merci pour votre précieuse bienveillance, pour votre confiance que vous m'avez accordée et pour votre écoute.

Robi
Merci d'avoir été là, tout simplement. Merci pour ton amour et merci pour tes sacrifices qui m'ont aidé à « grandir », à évoluer.

Maman, Papa (Stefan),
Merci pour votre amour, votre soutien et surtout, merci d'être là, à côté de moi, chaque jour.

Andrea,
Loin de moi mais pourtant si près, tu es toujours présente dans mon âme. Merci pour être dans ma vie, merci d'être ma meilleure amie, ma sœur préférée.

Gabriel
Merci mon cher frère d'être dans ma vie. Tu complètes notre famille et sans ton soutien je ne serais pas où j'en suis aujourd'hui.

Ramona
Avoir une sœur comme toi c'est vivre dans le bonheur. Merci pour ton écoute et ta patience infinies.

Sonia et Edi
Les vrais amis sont durs à trouver, difficiles à quitter et impossibles à oublier. Merci pour votre présence et pour votre amitié.

LISTE DES ABREVIATIONS

AAPML – Association d'Aide aux Professionnels de santé et Médecins Libéraux

AAPMS – Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants

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

APSS – Association pour la Promotion des Soins aux Soignants

ASRA – Aide aux Soignants de Rhône – Alpes

ASSPC – Association Santé des Soignants en Poitou - Charentes

ARENE – Association Régionale d'Entraide du Nord

CFAR – Collège Français d'Anesthésie – Réanimation

CNIL – Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté

CPTS – Communauté Professionnelle Territoriale de Santé

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

DARES – La Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques

DGOS – Direction Générale de l'Offre de Soins

DIU – Diplôme Inter - Universitaire

ERERC – Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre

ERMB – Entraide Régionale des Médecins de Bretagne

HAS – Haute Autorité de Santé

ISNI – Intersyndicale Nationale des Internes

MCP – Maladie à Caractère Professionnel

MOTS – Médecin Organisation Travail Santé

NB – nota bene

PS – Professionnel de santé

SEPS – Syndrome d'Epuisement Professionnel du Soignant

SPS – Soins aux Professionnels de Santé

QVT – Qualité de Vie au Travail

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION……..……14

1.1 Contexte général …….…....14

1.2 Ce qui existe ……...15

1.3 La thématique de soin aux soignants dans la CPTS Châteauroux and Co…….……16

1.4 Objectif ……...18

2. MATERIEL ET METHODE ……..19

2.1 Type d'étude……19

2.2 Population ……...19

2.3 Entretiens ……19

2.4 Analyse de données ……20

3. RESULTATS ……... 21

3.1 Les caractéristiques de la population …….……21

3.2 Les ressentis en amont de la phase d'expérimentation ……...……..….22

3.2.1 Les motivations et les attentes pour participer à cette expérience ……22

3.2.2 Les réserves en ce qui concerne la participation à l'expérience ……..24

3.2.3 Le déroulement des séances exige un cadre précis de temps, parfois sur le temps de travail. Perceptions ……..…… 26

3.2.4 Le travail d'un petit groupe pluridisciplinaire sans supervision. Perceptions …..28

3.2.5 Prendre soin de soi pour mieux soigner. Perceptions …… ……..30

3.2.6 L'harmonie entre le travail du corps et la parole. Perceptions …….32

3.2.7 Les ressentis par rapport à l'absence de l'expérience pour ce type de travail pour que ce soit accessible à tous les professionnels de santé ……..33

3.3 Les ressentis à l'issue de l'expérimentation ……...35

3.3.1 Les ressentis par rapport aux attentes initiales …….35

3.3.2 Les ressentis par rapport aux réserves initiales ……36

3.3.2.1 La participation des professionnels de santé de sexe opposé. Perceptions ……..37

3.3.3 Le déroulement des séances exige un cadre précis de temps, parfois sur le temps de travail. Perceptions ……..39

3.3.3.1 L'utilité du temps consacré pour ce projet ……...40

3.3.4 Le travail d'un petit groupe pluridisciplinaire sans supervision. Perceptions ….41

3.3.5 Prendre soins de soi pour mieux soigner. Perceptions ……43

3.3.6 L'harmonie entre le travail du corps et la parole. Perceptions ……45

3.3.7 Les ressentis par rapport à l'absence d'expérience pour ce type de travail pour que ce soit accessible à tous les professionnels de santé ……...48
3.3.8 Vision globale ……50
3.3.8.1 Comment diffuser / populariser ……..51
4. DISCUSSIONS ……54
4.1 Les forces et les limites ……54
4.1.1 A propos de la méthode ……...54
4.1.2 A propos des participantes ……...55
4.2 Les principaux résultats ……..56
4.2.1 Souffrance au travail, gestion du temps chez les soignants, rapport à ses propres soins ……57
4.2.2 Le déroulement des séances et leur contenu ……58
4.2.3 Effectif du groupe, caractéristique des participantes, supervision ……...59
4.2.4 La spécificité la plus importante: le soin par le toucher par des soignants novices non formés ……60
4.2.5 Ressenti global de l'expérience ……61
4.3 Perspectives ……61
V. CONCLUSION ……..….63
VI. BIBLIOGRAPHIE ……..……..64
VII. ANNEXES ……..…..67

INTRODUCTION

1.1 Contexte général

Le monde soignant se trouve actuellement dans une période de changement de paradigme en ce qui concerne son rapport à son travail : il passe progressivement d'une situation de déni de son mal – être et d'acceptation de contraintes sans limites dans une vision sacerdotale, à une prise de conscience de ses difficultés, voire de sa souffrance au travail, pour s'orienter enfin vers une vraie revendication du bien-être au travail.

L'enquête menée en 2015 par Stéthos International [1] sur la souffrance des professionnels de santé montrait que plus de la moitié estimait avoir été en souffrance pendant leur carrière.

En France, en 2020, près de la moitié des 1025 médecins interrogés dans un sondage Medscape ont rapporté être en burn out. La crise sanitaire n'a pas amélioré cette situation et pour la majorité de ces médecins, le contexte actuel de perturbation dû au Coronavirus a aggravé la sévérité de leurs symptômes de burn out.[2] Parfois les conséquences sont désastreuses. Une information choquante publiée dans un communiqué de presse de l'ISNI (L'Intersyndicale Nationale des Internes) en 2021: 'Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide'. En France, depuis le 1er janvier 2021, 5 internes se sont donné la mort. [3]

La surcharge de travail, les objectifs irréalistes, les exigences émotionnelles importantes, les relations nuisibles au travail ainsi que les profils à risque comme les perfectionnistes sont les facteurs de risque pouvant conduire à un syndrome d'épuisement professionnel. [4] *L'excès de temps de travail* semble être corrélé à une évaluation négative de l'état de santé des internes [5]. Selon le Ministère de la Santé, en France, 80% des médecins choisissent de *ne pas avoir de médecin généraliste*. Ils s'appuient surtout sur l'autodiagnostic et l'automédication en sollicitant parfois un avis rapide auprès d'un confrère. [6]

L'Observatoire national de la Qualité de Vie au Travail (QVT) propose parmi ses pistes de discussions, de dédier plus d'importance à la collaboration interprofessionnelle. La création d'espaces de discussions sur le lieu de travail sous – tend l'amélioration de la qualité de vie au travail et implicitement la qualité de soins. [7]

1.2 Ce qui existe

On le voit bien, dans le plan régional de santé : la QVT des soignants faisait partie de l'un des axes prioritaires. [8]

Dans une prise de conscience collective de l'augmentation du nombre de situations de souffrance au travail des soignants, différentes dispositions ont été prises :

Pour faire l'état des lieux de la santé des soignants

« Clusters sociaux »

La HAS (Haute Autorité de Santé), l'ANACT (l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions au Travail) et la DGOS (Direction Générale de l'Offre de Soins) ouvrent ensemble depuis 2015 des expérimentations appelées « clusters sociaux » qui sont conçus comme des dispositifs d'accompagnement dont le but est d'essayer d'améliorer les conditions de travail pour les salariés. [9]

La création d'un Observatoire de la Qualité de Vie au Travail des soignants a pour mission de recueillir des données sur la problématique de la QVT afin d'accumuler des connaissances et ensuite de diffuser et partager les recommandations. [10]

Pour la promotion du soin aux soignants

APSS (Association pour la promotion des soins aux soignants)

« Dis donc t'as ton doc ? » : Campagne qui a comme objectif d'encourager les PS (professionnels de santé) à avoir un médecin référent. [6]

La genèse d'un DIU « Soigner les soignants » crée en 2015. Une formation en 5 modules est proposée pour familiariser les participants aux pathologies spécifiques pour les soignants en difficulté et leur apprendre à dépister et prendre en charge ces pathologies. [11]

Pour venir en aide aux soignants (des numéros d'aide gratuits spécifiques aux soignants) :

- *Les réseaux nationaux* [12]

L'Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et Soignants (AAPMS) anciennement appelée l'association d'aide aux professionnels de santé et médecins libéraux (AAPML) : aide psychologique aux médecins (00800 80 08 54 / 0826 004 580). L'association MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) (N°: 0608 282 589). SPS (Soins aux professionnels de santé) N° Vert : 0805 23 23 36

Le ministère de la Santé : assistance psychologique (n° vert : 0800 73 09 58).

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (n° vert : 0800 288 038).

CFAR (Collège français d'anesthésie-réanimation) N° Vert : 0800 00 69 62

- *Les réseaux régionaux* [5]

Nord – Est : Association Régionale d'Entraide du Nord Est (ARENE) ; N° : 0805 250 400

Bretagne : Entraide Régionale des Médecins de Bretagne (ERMB) ; N° : 0800 288 038

Poitou Charentes : Association Santé des Soignants en Poitou – Charentes (ASSPC) ; N° : 0 820 860 016

Auvergne Rhône des Alpes : Aide aux Soignants de Rhône – Alpes (ASRA) ; N° 0805 620 133

- « Les médecins ont aussi leurs maux à dire »

Suite à la mort tragique d'un jeune médecin hospitalier, sous la direction de Michèle Maury et Patrice Taourel, un ouvrage est publié en 2019 sur la mise en place expérimentale d'un « groupe de bien - être au travail » au CHU de Montpellier et sur le bilan de 6 ans de fonctionnement de ce groupe. Ça « n'a pas la prétention d'être exemplaire » précise l'auteur, mais le manque d'études sur les actions de soigner le soignant mises en place en ambulatoire (hors numéros verts des associations d'accompagnement et de soutien téléphonique) nous fait réfléchir si cela pouvait être une piste de démarrage. [13]

Pour accueillir les professionnels de santé en difficulté

Il existe des unités d'hospitalisation de soins spécifiquement dédiés aux soignants [14](Annexe 1)

1.3 La thématique de soin aux soignants dans la CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ***Châteauroux and Co***

Que ce soit dans les secteurs hospitaliers, à travers la mise en place de commissions spécifiques, dans les lieux d'enseignement, ainsi que dans le secteur ambulatoire, par la mise en place dès maintenant d'actions spécifiques dans certaines CPTS et MSP (maison de santé pluridisciplinaire), le sujet s'impose comme une thématique incontournable à prendre en compte dans la transformation en cours du système de santé français. Si un début d'organisation commence à apparaître concernant la promotion du repérage, de l'abordage et de la prise en charge du soignant en situation de souffrance au travail et nécessitant des soins curatifs, il est plus difficile d'identifier des techniques officielles préventives pour limiter le risque de

souffrance au travail des professionnels de santé. En effet, prendre soin de soi, qu'est-ce que cela veut dire exactement pour un soignant ? L'objectif, nous le comprenons bien, c'est de continuer à « aller bien » pour pouvoir rester dans de bonnes dispositions pour accueillir la souffrance d'autrui. Mais quels ont été les outils identifiés pour permettre cela ? S'agit-il tout simplement de rester vigilant à ne pas se laisser trop envahir par le travail, comme dans tout autre métier, ou l'action préventive chez le soignant aurait-elle des spécificités ? Le seul outil spécifique du monde médical est jusqu'à présent le modèle de « groupe Balint », dont les objectifs déclarés de la société Balint sont les suivants :

- une meilleure évaluation et une meilleure compréhension de la demande du patient.
- une amélioration de la qualité des soins par cette écoute.
- une capacité de retrouver son enthousiasme à rencontrer et à travailler avec ses patients et le sentiment de n'être plus isolé face aux exigences de sa profession.

Dans un groupe Balint, les personnes analysent des situations de soin, et quels affects apparaissent dans ces situations. L'objectif est donc en premier lieu l'amélioration de la qualité des soins, par un travail d'analyse de pratique, mais l'aspect bienfaisant pour le soignant, qui a l'opportunité d'exprimer ses difficultés, a d'emblée été identifié.[15] On ne peut pas considérer que l'objectif premier du groupe Balint est de prendre soin des soignants, en tout cas il n'est pas revendiqué comme tel.

L'apparition depuis 2016 des CPTS transforme la perspective des soins ambulatoires en France. Le travail en pluridisciplinarité est principalement ressenti comme un avantage et peut être un facteur protecteur par rapport au risque de l'épuisement professionnel [16] et c'est peut – être grâce à cela que nous observons une augmentation des formes d'exercices coordonnés et interprofessionnels dans le secteur ambulatoire (MSP, CPTS).

Leurs missions principales sont de *faciliter l'accès aux soins* et donc de simplifier l'accès à un médecin traitant, de mettre au point la prise en charge des soins non programmés en ville, *d'organiser les parcours des patients* en renforçant la coordination entre les PS et enfin de renforcer les actions de *prévention* auprès des usagers de la santé. [17]

Cela ne faisait pas partie des « objectifs socles » imposés par le gouvernement, mais les professionnels de santé de la CPTS Châteauroux and Co ont décidé de faire apparaître dans leurs missions le « Prendre soin des soignants ». Parmi les idées recensées lors de la première réunion de la CPTS Châteauroux and Co, en 2017, l'abord de l'épuisement professionnel a fait partie des préoccupations principales. Dans l'approche du soignant en détresse, différentes propositions plus classiques étaient envisagées comme les *accompagnements individuels*

(accès privilégié à un psychiatre ou psychologue, séances d'ostéopathie, de sophrologie) ou les *ateliers collectifs* (danse, yoga, art - thérapie, groupe de parole proche du Balint proposé par un psychologue…). Parmi ces propositions, l'idée d'expérimenter une nouvelle technique de soins préventifs spécifiques aux soignants a été proposée par la présidente de la CPTS qui faisait partie du groupe de travail « Prendre soin des soignants ».

Les différences principales avec le Balint résident dans le fait que se rajoute à l'échange de parole un travail de toucher, situant donc l'expérimentation dans le cadre des pratiques psychocorporelles supposées pouvoir limiter les phénomènes d'intellectualisation de ses ressentis et favoriser le sentiment de bien-être global au temps présent. D'autre part, il n'existe pas dans la nouvelle technique de « poste de superviseur », mais plutôt un coordinateur de groupe, dont la fonction serait de transmettre les grandes lignes organisationnelles des séances au tout début du cycle de travail. Pour cette première phase d'expérimentation, cette fonction a été assurée par l'auteure de la proposition.

Il a été nécessaire, pour conduire cette expérimentation, de réunir un groupe de professionnels de santé volontaires pour s'engager sur une dizaine de séances mensuelles suite à une première séance d'essai. Après celle - ci ils avaient la possibilité de dire s'ils souhaitaient ou non poursuivre l'expérimentation. Une fiche qui résumait le déroulement et les étapes d'une séance leur a été donnée. (Annexe 2) Seules des femmes ont répondu à cette sollicitation, et toutes ont accepté de poursuivre au décours de la première séance.

1.4 Objectif

L'objet de cette thèse a donc été de recueillir le plus d'informations possibles sur ce que les professionnels de santé pouvaient exprimer de la proposition faite avant le début de l'expérimentation, puis après la fin de la période, afin de savoir si le concept était susceptible d'apporter quelque chose dans la recherche d'outils spécifiques destinés à aider les soignants à mieux prendre soin d'eux.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1 Type d'étude

L'enquête réalisée était une *étude qualitative* inspirée de la *phénoménologie interprétative** par des *entretiens individuels semi-dirigés**. Cette méthode s'avérait adéquate pour repérer les ressentis et vécus d'un petit nombre d'individus. La cible de cette étude était de repérer et d'analyser les ressentis des professionnels de santé amenés à participer et ayant vécu une situation bien précise : l'expérimentation de la mise en place d'un atelier de soin dédié aux soignants.

Cette étude sort du champ d'application de la Loi Jardé. La réception d'un avis favorable (n° : non applicable) de l'ERERC (Espace de Réflexion Ethique de la Région Centre) a permis la poursuite de la réalisation de cette étude. La déclaration à la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté) n'était pas nécessaire parce que le questionnaire était complétement anonyme et les données ne permettaient pas de remonter à l'identité des personnes.

2.2 Population

L'*échantillonnage homogène* * a été déterminé par la population de professionnels de santé faisant partie de la CPTS Châteauroux & Co ayant accepté de participer aux ateliers et à cette étude.

Les professionnels de santé concernés ont été informés oralement de ce travail de recherche via la CPTS et leur consentement pour participer à cette étude a été recueilli par écrit.

Pour la population étudiée ont été pris en compte :

- l'âge
- le sexe
- le statut professionnel

2.3 Entretiens

Les participants ont été contactés par téléphone afin de fixer un lieu de rendez-vous en fonction de leur souhait pour pouvoir réaliser un entretien individuel en face à face. Leurs coordonnées ont été conservées pendant la durée de l'étude puis ont été détruites.

Les données ont été recueillies lors des entretiens individuels semi dirigés avec l'aide d'une trame d'entretien. Celle – ci, travaillée avec les directrices de thèse dont l'initiatrice de la proposition, reposait sur des questions ouvertes et thématisées (Annexe 3).

Les échanges ont été enregistrés sur un dictaphone, de façon anonyme, après l'accord oral des personnes interviewées.

Les entretiens ont été réalisés par l'enquêteur, interne en médecine générale en année de thèse, en deux temps :

Un *premier entretien* avant de commencer les séances de soin :

Il comportait des questions visant à établir les caractéristiques des personnes interviewées (l'âge, le sexe et le statut professionnel), l'explication du protocole (recueil de leur consentement, résumé du déroulement des séances, enregistrement des entretiens de façon anonyme) puis les questions de la trame d'entretien.

Un deuxième entretien après huit séances de soin entre soignants (les deux dernières séances ont été annulées du fait du début de la crise sanitaire en avril 2020). Le déroulement de l'entretien était identique au premier, soit : explication du protocole (enregistrement des entretiens de façon anonyme, prise de notes en plus de l'enregistrement numérique), questions générales puis questions thématisées.

2.4 Analyse de données

La technique d'analyse des données utilisée était la méthode de *l'analyse de contenu*[18], méthode la plus répandue pour étudier les interviews qualitatives.

Avant l'analyse, la transcription des *verbatims** a été faite sur le logiciel Word®. Après avoir écouté chaque enregistrement audio des entretiens, la transcription des données brutes de l'enquête sous la forme de textes (mots, phrases, expressions de langage) et d'informations symboliques (gestes, ton de la voix, impressions) a été réalisée mot à mot par l'enquêteur.

Un *codage ouvert** a été choisi pour constituer la grille de codage. A l'aide des questions du guide d'entretien, les verbatims ont été synthétisés en sous catégories correspondant à des idées de base. Ensuite, le *codage axial** a permis la création des catégories d'analyse après avoir regroupé et comparé les idées de base. Il s'agit d'un processus lourd et minutieux qui est fait à la main. [19] Le traitement sémantique des données a été choisi. Il s'agissait d'analyser d'une manière empirique les idées, les mots et leurs significations.[20]

NB : les termes de recherche qualitative suivis d'un astérisque sont définis dans le glossaire (Annexe 4)

3. RESULTATS

3.1 Les caractéristiques de la population

	PS1	**PS2**	**PS3**	**PS4**	**PS5**	**PS6**
Age	48	32	61	31	55	42
Sexe	F	F	F	F	F	F
Statut Professionnel	L	M	L	L	S	L
Profession	MG	MG	ChD	MG Non Thésé	Ph	MG
Durée d'entretien avant séances	41 :09	35 :01	31 :55	26 :03	20 :53	12 :05
Durée d'entretien après séances (min)	46 :48	29 :41	43 :12	45 :42	29 :50	24 :16
Lieu d'entretien avant séances (min)	Lieu d'exercice	Domicile	Domicile thésard	Domicile thésard	Lieu d'exercice	Domicile thésard
Lieu d'entretien après séances (min)	Lieu d'exercice	Domicile	Domicile thésard	Visio	Lieu d'exercice	Domicile thésard

PS – professionnel de santé ; **F/M** – femme/homme ; **L** – libérale ; **S** – salarié ; **M-** mixte ; **MG** – médecine générale ; **ChD** – chirurgien-dentiste ; **P** -praticien hospitalier; **Min -** minutes ;

3.2 Les ressentis en amont de la phase d'expérimentation

3.2.1 Les motivations et les attentes pour participer à cette expérience

Les sujets interviewés voient en la profession médicale une **profession envahissante**, **préoccupante**.

PS1 « […] on est touché de façon, parfois, plus *fort* qu'on pense »
« On a l'impression de *ne pas faire face* à l'ensemble de la demande »
« On est obligé de *tout faire vite* »
« Quand je suis en retard […] j'ai *plein de tension* corporelle »
« Le *lien* avec le patient est en train de *se tendre* »
« La *situation* est en train de devenir de plus en plus *conflictuelle* »
« Ces relations conflictuelles peuvent emmener les médecins à *s'user prématurément*, à être *dégoutés* de leur travail »
PS 2 « On a […] une *pression* de la société, des patients, […] il y a une *exigence* »
« Un *boulot* qui peut être un petit peu *stressant* »
« Il faut *répondre* à leur demande de plus en plus *vite* »
PS 3 « […] on a tous les mêmes problématiques, les mêmes difficultés »
« Professions médicales un peu *difficiles* au niveau stress, au niveau relation avec le patient »
« Dans notre métier on se *fatigue* quand même à soigner les gens »
PS4 « […] c'est vrai que c'est *épuisant* »

Les professionnels de santé ont décrit différentes **motivations** qui les ont encouragés à participer à l'expérimentation :

L'inconnu/une nouveauté

PS4 « […] le but c'est […] d'*apprendre* le toucher »
« Aussi par *curiosité* »
PS5 « […] je suis toujours en *découverte* »
« Voir un peu comment ça va se passer »
PS6 « […] c'est le *grand inconnu* »
« Après, il y a la *curiosité* »

Expérience antérieure

PS1 « […] expérience personnelle […] et mes *expériences antérieures* »
PS3 « […] j'ai *déjà fait* un travail corporel »
« […] je fais de la *danse*, j'ai fait du *yoga* »
« […] je suis *très tactile* même dans ma profession »
PS5 « […] des *formations* auxquelles j'ai adhéré »
PS6 « […] je viens d'une famille où *on massait* beaucoup »
« C'est quelque chose que *j'utilise beaucoup* »
« J'ai fait une formation de *shiatsu* »

Connaitre l'équipe / la relation de confiance

PS2 « […] ce qui m'a motivée c'est qu'on est un groupe où *on s'entend bien* »
« Moi *je connaissais* tout le monde à part une personne »
PS3 « […] des personnes avec qui j'avais des *bons contacts*, une bonne relation »
« Les personnes qui participaient me semblaient *proches de mes idées* à moi »
« […] avec des *gens* qui me *conviennent* bien »
PS4 « […] *je connaissais la personne* qui est à la base de ce projet »
PS6 « […] elle m'a été présentée par *quelqu'un que je connais bien* »

Parmi les attentes décrites par les PS on retrouve :

Elargir les relations interprofessionnelles

PS3 « […] ça me permet de *mieux connaître* quelques personnes »
« *Se confronter à d'autres* personnes qui ont les mêmes problématiques »
« *Partager avec les autres* une autre profession »
PS4 « […] sympa de *rencontrer d'autres* professionnels de santé »
« Je suis un petit peu isolée […] ça me permet de pouvoir *faire des liens* avec des gens »
PS5 « […] *découvrir* les uns et les autres »

Approfondir/ maitriser ses ressentis devant le stress

PS1 « […] j'attends une *amélioration* dans ma capacité de prendre du recul, à faire la part des choses»
« […] réussir à *mieux faire* la séparation entre ma propre vie et puis la souffrance des patients »
« J'aimerais […] *augmenter* ma capacité […] à rester à *l'écoute* de moi – même tout en restant à l'écoute des patients »
« J'attends effectivement que je sois *plus détendue*, moins de symptômes physiques de stress, plus de plaisir au travail etc »
« Ce que j'attends […] *améliorer* notre qualité d'écoute, de ce qui se passe à l'intérieur de nous »
« *Regagner en qualité* de bien-être au travail »
PS2 « […] j'espère que cet atelier m'apportera la *maîtrise de ce stress* et puis de me *recentrer* »
« J'espère que j'arriverai à *mieux gérer* ce stress de la profession et prendre du recul »
PS4 « […] d'être un petit peu *moins stressée* ou *relativiser* quand je m'agace »
« Je vais pouvoir m'en servir pour après avec les patients angoissés, les enfants qui ont peur »
« La manière de les toucher peut - être ça va les rassurer »
PS5 « […] mes attentes ? [...] sont de *développer* cette écoute de moi – même »
« Il faut que *j'apprenne à m'écouter* »
Il faut *pouvoir s'écouter*. Et non pas s'écouter dans sa tête, mais s'écouter dans son corps »
PS6 « […] j'espère que ça va nous *aider* un peu sur le plan personnel […] et après, peut - être que ça modifiera mon *attitude* avec mes patients »

Le bien être

PS1 « J'avais envie d'avoir la possibilité d'offrir une porte de sortie *bienfaisante* et *réparatrice* »
« J'aimerai réussir à ressentir qu'on est capable entre collègues de s'apporter quelque chose de *bienfaisant* »
PS2 « […] ma motivation principale […] *d'être bien*»
« J'espère que je serai *mieux dans ma tête* »
PS3 « Ma première attente toute basique c'est de passer un *moment*, pour moi, *agréable* »
PS4 « […] de passer un *bon moment* »
PS5 « Il est intéressant de pouvoir s'occuper de soi »
« Il faut d'abord *penser à soi* »
PS6 « le *bien être* qu'on peut ressentir »

Offrir/proposer

PS1 « […] j'ai surtout envie de contribuer à *montrer* que ce sera *bénéfique* »

« […] de *faire entrer une culture* : le prendre soin de soi »

« […] *inscrire des activités* pour continuer à aller bien, comme étant *la norme* »

PS3 « […] *trouver un schéma* qui fasse que d'autres gens puissent adhérer »

PS5 « […] *s'interroger* sur ce type de fonctionnement […] on va être moins en souffrance »

PS6 « […] on peut *proposer* aux autres »

« […] que ça peut *entrer au sein de* mon exercice »

3.2.2 Les réserves en ce qui concerne la participation à l'expérience

Plusieurs participantes étaient dans une optique positive par rapport au déroulement des séances.

PS1 « […] c'est complétement *gratuit* »

PS2 « […] j'ai un *bon espoir* que ça marche »

« Je suis *plutôt positive* »

« Globalement je *n'ai pas de réserves* »

« Le *frein* sera *minime* par rapport aux bénéfices que je peux ressortir de ce groupe »

PS3 « […] d'y participer j'ai *aucune réserve* »

« Je pense que notre groupe *va fonctionner* »

« Pour moi-même *je n'ai pas* vraiment *de réserves* »

« J'ai toute de suite adhéré à cet atelier, […] *ça va me faire du bien* »

PS5 « non, *je n'ai pas de réserves*. »

« J'ai *que de la bienveillance* »

« J'ai *aucune inquiétude* par rapport à ce groupe-là »

PS6 « Je n'ai *pas d'appréhensions, pas de réserves* »

Malgré l'optimisme ils exprimaient quand même quelques réserves :

Le manque de temps

PS1 « le *manque de temps* c'est le frein principal »

« Le *manque de disponibilité*, le manque de temps qui est un obstacle »

« Ma peur c'est que le rythme de vie des uns et des autres finissent par *étouffer le projet* »

PS2 « […] il faut que ce soit dans des *créneaux horaires* qui me conviennent »

PS3 « […] la réserve […] que ce ne soit pas des bons *créneaux horaires* »

PS4 « […] le frein sur *l'organisation personnelle* »

« Je n'arrive pas personnellement à *trouver le temps* de le faire par moi-même »

« C'est compliqué de *s'organiser* »

L'échec

PS1 « […] le frein […] le constat des professionnels que ça ne leur *apporte rien*, qu'ils n'allaient pas au bout de l'expérience »
« *Qu'on n'arrive pas* entre soignants à produire une *activité* ressentie comme *bienfaisante* »
« Mes craintes […] qu'il y ait des *désengagements* […] une *démotivation* »
« Ma crainte est tout simplement *l'échec* »

L'angoisse / l'appréhension

PS2 « […] les réserves c'est mon *manque de lâcher prise* et la peur de ne pas pouvoir profiter 100% des séances »
« […] peur de *ne pas apporter le bien-être* »
« […] peur de *ne pas réussir à me détendre* »
« Il faut être hyper vigilant à l'autre est ce *n'est pas évident* »
« Je veux trop bien faire et du coup, je me mets *la pression* »
PS3 « […] c'est pour apporter *aux autres* où on aura des *difficultés* »

PS4 « […] j'ai peur de *ne pas me sentir à ma place* »

« Moi je ne sais pas faire, je vais mal le faire »

« Voilà, un peu *l'angoisse* »

« On a peur d'être *jugé* »

« Il y a toujours un petit peu *d'appréhension* »

Etrangers

PS3 « […] c'est plus facile de rentrer en contact avec eux que quand on les *connait pas* »

PS4 « […] je ne *connais pas* les gens »

PS5 « […] si je *connais personne*, ça peut être un frein pour moi »

Financement

PS1 « Parfois on s'aperçoit que bah, que le *coté payant* ça rebute »

3.2.3 Le déroulement des séances exige un cadre précis de temps, parfois sur le temps de travail. Perceptions

Deux participantes déclarent être concernées par ce sujet, trois d'entre elles disent que ce n'est pas leur cas et la sixième travaille très rarement les weekends.

PS1 « […] *je fais partie* des professionnels où les séances interviennent sur le temps de travail »

« *Je travaille le samedi* matin »

« Chez moi *ça fait partie* de mon temps de travail donc je l'assume »

PS2 « […] je travaille *très très rarement* les weekends »

PS3 « […] le samedi matin *je ne travaille pas* »

PS4 « […] moi, *ce n'est pas* sur mon temps de travail »

PS5 « […] donc *ce n'est pas* mon cas.»

PS6 « […] alors oui, *c'est mon cas* »

Dans ce contexte - là les intervenants expriment les 'pro' et les 'contre' en ce qui concerne le déroulement de séances sur le temps de travail, la durée des séances et leur emploi de temps.

Les points positifs

PS1 « […] c'est une *revendication* et je me dis que, bah, c'est bien »

« Je perds de l'argent mais je préfère *gagner en qualité d'être* plutôt que de perdre en avoir »

PS2 « […] *les horaires me conviennent* »

« C'est le moment qui *me convient mieux* »

« Pour moi ce qui *est bien* c'est que c'est *une fois par mois* »

PS4 « […] donc là, que ce soit un samedi matin, ça *ne me pose pas* du tout de *problème* »

« Je considère que ça peut rentrer dans le cadre d'une *formation* »

« Le fait d'avoir des horaires précis on se dit que voilà, *j'y vais* »

« Le fait que ce soit un weekend c'est *un plus* »

PS5 « C'est en dehors de mon travail donc c'est plutôt *pratique* »

« Je me dis qu'en tant que praticien hospitalier c'est plus compliqué, mais non, *c'est pas plus compliqué* »

« Juste *après* mes heures de *travail* ça ne m'aurait *pas* posé *de problème* »

« […] prendre 2 heures sur mon temps de travail *ça s'organise* mais en tout cas, ce n'est pas facile »

PS6 « […] ça ne me pose *pas de problème* »

« […] c'est un temps utile pour moi et pour mon travail »

« […] ça ne me pose *pas de soucis* de prendre ce temps-là »

Les points négatifs

PS1 « *Je perds de l'argent* puisque je barre une matinée de consultation »

PS2 « Je ne suis pas pour travailler tous les samedis matin »

« De rajouter ça après un temps de travail … ça *peut compliquer* les choses »

PS3 « […] entre midi et deux, je n'aurais *pas* été du tout *réceptive* »

« Dans le temps de travail, je n'aurais pas été du tout réceptive »

« *Le soir* c'est pareil, on est quand même plus *fatigués* »

« *Le soir* j'aurais *du mal* à me remettre toute de suite dans une autre chose »

« C'est compliqué le soir donc je *n'envisagerai pas* »

« J'aurais *du mal* à prendre du temps pour moi quand je suis *au travail* »

« Dans le temps de travail moi je *ne le conçois pas* trop pour moi »

« Moi quand je suis au travail je suis au travail »

PS4 « […] quand je m'installerai […] pour moi *le weekend c'est le weekend* »

« Si ça aurait été après mon temps de travail ça m'aurait pas *posé de problèmes* »

« *Le soir* on est fatigués, on a envie de ne rien faire, il y a un *manque de motivation* »

PS5 « […] au niveau de *l'hôpital* […] je pense qu'on est *loin de ça*. Ça ne passera pas »

« L'administration n'est *pas en capacité d'entendre* ça »

3.2.4 Le travail d'un petit groupe pluridisciplinaire sans supervision. Perceptions

La pluridisciplinarité

PS1 « […] cette différence de perspective, eh bah, *ça apporte* »

« Le groupe est finalement très peu multidisciplinaire […] cette solidarité interprofessionnelle est réconfortante et bienfaisante »

PS2 « […] toutes les professions souffrent donc *tous* doivent *bénéficier* »

« Je ne connais pas trop les autres professions et *ça apporte* une autre vision des choses »

PS3 « C'est l'*idéal* »

« Ça pourrait être bien s'il y avait *plus* d'autres *professions* médicales »

PS4 « […] je trouve ça plutôt *bien, sympathique* »

PS5 « […] pluridisciplinaire ? C'est *très bien, très bien*. C'est un groupe humain. C'est ça qui est important. »

PS6 « […] l'idée d'être plus *varié* dans l'approche *c'est bien* »

« […] c'est *dommage* de ne pas être un petit peu plus pluridisciplinaire »

Le nombre de participants

Il n'y avait que des points positifs sur le fait que le travail se fasse en petit groupe.

PS1 « […] on peut *mieux s'écouter* »

« On peut prendre *plus de temps* »

PS2 « […] c'est l*'idéal* »

« C'est *sympa* »

« C'est *plus facile* d'instaurer les choses »

PS3 « […] petit groupe, c'est *obligatoire* »

« C'est plus *facile* pour que les gens soient plus *à l'aise* »

PS4 « […] c'est plutôt *rassurant* »

« Toute de suite on se sent plus *à l'aise* »

« C'est plus *cocooning*, plus *accueillant* »

PS6 « Par petit groupe je pense que c'est une *bonne chose* »

Malgré cet optimisme, les professionnels de santé évoquaient des désavantages par rapport à l'absentéisme ou en lien avec un nombre élevé de participants :

PS1 « […] s'il y a un membre qui ne vient pas, ça déséquilibre le groupe. Ma crainte c'est en rapport à un *petit effectif* »

« Il ne faut *pas* que ce soit un trop *gros groupe* »

PS2 « […] me dire que ce samedi-là je ne peux pas mais ça met en *porte à faux* le groupe »

« Si on était *40* je serais *moins à l'aise* »

« Ce serait *moins gérable* si on était *plus* »

PS3 « […] je ne vois pas tellement *plus non plus* »

« Si on est trop *nombreux* on sera *moins à l'écoute* »

« Moins, il n'y aura *pas de dynamique* »

PS4 « […] je ne vais *pas* arriver parmi une foule *de gens* que je ne connais pas »

PS6 « […] aborder les choses en trop *grand groupe* sera *compliqué* »

L'autonomie / la supervision

Points positifs / le pour

PS1 « […] ça permet une certaine *liberté de parole*, de pas être dans l'apprentissage, d'essayer de *se faire confiance* les uns les autres »

PS2 « […] en autonomie et sans supervision c'est l*'idéal* »

PS3 « […] la personne qui guide un petit peu c'est bien […] *un guide qui participe* »

« […] il faut qu'on soit tous à *égalité* »

PS4 « […] l'autonomie ne me pose *pas de problème* »

PS5 « […] je n'ai *pas* la sensation qu'il y ait besoin *de guide* pour la technique de toucher »

PS6 « Je pense qu'on est *plus détendus* quand on est en autonomie »

« Il n'y a *pas de stress* lié à un regard extérieur qui supervise »

« […] celle qui a lancé le groupe donne quand même des *pistes* »

Points négatifs/le contre

PS2 « […] s'il y avait un cadre, ça laisserait beaucoup *moins de liberté*, beaucoup *moins de lâcher prise* »

« Si c'était supervisé, bah je pense que ça *apporterait moins* »

« S'il y a vraiment des règles à respecter on est vraiment *dans la technique* et on n'est plus dans le ressenti »

PS3 « […] à mon avis il faut un petit peu *guider sans dominer* »

« Qu'il y ait une personne qui sache un peu *mener l'atelier* »

PS4 « […] ça va être un petit peu *trop formel*, du coup ça perd un peu de spontanéité, on a tendance à plus *s'angoisser* »

« Si c'était très guidé il y aurait *plus d'angoisse* »

« Est ce qu'il ne faudra pas quand même me *guider un petit peu* ? »

PS5 « […] sans supervision […] au bout d'un moment *il en faudra une* »

« Qu'il y a un regard de *supervision* je pense que c'est *important* »

3.2.5 Prendre soin de soi pour mieux soigner. Perceptions

La souffrance, la tension, le stress, l'importance du bien - être, le rôle bénéfique du toucher, de l'écoute, la prévention ; voilà les quelques éléments qu'elles évoquaient lors des entretiens.

Le toucher : comme un savoir-faire du soignant

PS1 « […] on a quand même *des habitudes* de soignant et d'être bienfaisant »

« Il y a un côté *sécurisant* avec le fait qu'on est soignants »

PS3 « […] en tant que soignants on doit être *capable d'aborder le corps* »

PS4 « […] en médecine on touche tout le temps […] pour nous c'est devenu quelque chose de *normal* »

« On nous apprend le toucher mais vraiment à but sémiologique, à but examen clinique »

« […] on n'est pas formé au *toucher* en dehors du cadre strictement *médical* »

Le (déni du) mal être des soignants

PS1 « […] il y a *beaucoup beaucoup* de soignants qui ne *vont pas bien* »

« Il y a une partie de *déni* qui est *très importante*, ou *d'anosognosie* »

« Parfois il y a *l'effet de boule de neige* »

« Ceux qui ont besoin ne sont *pas* forcément ceux qui passent à l'*action* »

« Si les gens ayant besoin d'être écoutés vont vers les professionnels de soins qui les écoutent pas, on est sur une espèce de *cercle vicieux* »

« Sur notre territoire il y a beaucoup de gens qui ne voient *plus de sens en leur métier*, qui sont impatients de prendre leur *retraite*, qui ne prennent *plus de plaisir* à écouter les gens »

« *Le lien* avec le patient est en train de *se tendre* »

« Beaucoup de soignants sont *très dans leur tête* »

« Ils s'analysent beaucoup, il y a beaucoup de *défenses*, de *blocages* »

PS2 « […] sous le prétexte qu'on est médecins […] on est au-dessus, on n'est jamais malades, […] on n'a jamais de défaillance […] ben si, on en a, sauf qu'on les *cache bien* »

« Ce n'est *pas évident* déjà quand on est soignants *d'accepter* de se dire 'là je vais mal, il faut que j'aille me faire soigner '»

PS4 « […] on *ne se dit pas* tellement 'tiens je vais prendre du temps pour moi' »

« On se laisse facilement *emporter par l'exercice* »

« […] ça demande de l'énergie »

« *Chaque fois* je me dis qu'il faudra que je cherche »

« […] on se dit souvent 'oui je vais le faire *plus tard*, je vais le faire, je vais le faire' et après on ne le met pas spécialement en place »

PS5 « […] le médecin, il ne peut pas s'imaginer *prendre soin de lui pour rien* »

« Moi, on m'a dit que le médecin il sait, il peut, il va … Et là j'apprends qu'il ne sait rien, il ne peut pas et il va… peut - être »

PS6 « […] j'essaie de lutter contre ça mais parfois *c'est plus fort que moi* »

L'importance d'un soignant sain

PS1 « Pour moi la partie relationnelle est *essentielle* dans mon métier »

« Quand le patient vient consulter et qu'il est face à un médecin qui *dégage du positif* il y a une partie de soin qui se fait déjà… il y a quelque chose qui passe par *le langage non verbal* »

PS2 « Alors moi je suis *100% voir 200, 300% d'accord* avec ça »

« Ça doit être notre *leitmotiv* : on doit *être bien* pour soigner les autres »

« Il faut *être bien* dans sa tête »

PS3 « […] ça parait *évident* »

PS4 « […] je suis toute à fait *d'accord*. C'est complètement *vrai*. »

PS5 « […] ça a l'air tellement *évident* »

« Moi c'est d'abord prendre soin de soi et le reste va venir *naturellement* »

« C'est *pour soi* qu'on le fait et pas pour l'autre »

PS6 « […] je suis *complètement d'accord* »

Les répercussions du mal être

PS2 « Quand on est mal dans sa peau, on est mal dans sa tête, on est *angoissé* etc. Ca *retentit* sur les soins. On est *moins à l'écoute*, on est *moins empathique*, on est peut-être *plus brutal* dans les mots, dans les gestes, on *passe* peut - être *à côté* de quelque chose »

PS3 « […] quand on sent que par moment *ça ne va pas* c'est sûr qu'on n'arrivera pas à être à l'écoute de l'autre »

PS4 « […] quand je suis fatiguée j'ai beaucoup plus *de mal* à avoir une vision de l'ensemble des problèmes, je *loupe* des trucs, j'*oublie* des choses, j'ai tendance à beaucoup *m'agacer* »

« […] ça me met dans des situations où je ne suis pas satisfaite de mon travail »

PS6 « quand on *n'est pas bien* on n'est pas capable de soigner correctement, on *n'est pas à l'écoute, on n'est pas présent* »

La prévention

PS3 « il faut aussi *se préserver* »

PS4 « si on ne fait pas attention on fatigue »

3.2.6 L'harmonie entre le travail du corps et la parole. Perceptions

PS1 « pendant leurs études ils apprennent le corps selon des modalités biologiques et anatomiques et souvent *le corps est objectivé* »

« […] *l'avantage* et l'intérêt de la parole qui vient accompagner le travail corporel »

« Travailler par le biais de corps c'est une façon de *déjouer un peu ses défenses* »

« Le lien se fait mal entre un corps qui est complétement mécanisé et puis un intellect déconnecté du corps […] pour moi c'est une bonne façon de retravailler sur le fait qu'on fait *'un tout'* »

« […] l'esprit intervient beaucoup sur notre corps et vice versa »

« […] je pense que ça a une action *unificatrice et harmonisante* qui ne peut être que bénéfique »

PS2 « […] *la parole*, bah, pour le coup, moi, *ça me va bien*, je suis une bavarde »

« […] le but c'est de *communiquer* par le toucher, par le corps mais aussi par les mots »

« *Mettre des mots* sur ce qu'on a ressenti, sur notre vécu c'est, à mon avis, *essentiel* »

« Ça fait partie du bien être *le moment d'échange* »

PS3 « […] je me dis qu'on peut donner, il faut juste *savoir recevoir* »

« Si on donne autant qu'on reçoit, *ça s'équilibre* »

« Le toucher c'est quelque chose qui *détend* »

« Le travail corporel je pense que *c'est important* »

« Donc le verbal oui mais je pense que *les deux sont indispensables* »

« Dans notre profession je pense que *ça aide beaucoup* »

PS4 « […] je trouve ça très intéressant de travailler le toucher et la parole »

« Dans notre profession le toucher c'est extrêmement *important* »

PS6 « […] c'est une *bonne chose* »

« On a *besoin d'exprimer* ce qu'on ressent »

« Le fait qu'il exprime […] ça permet aussi de *progresser, d'avancer* »

« […] il y a un petit temps de parole au début et puis un débriefing à la fin et *c'est bien* »

3.2.7 Les ressentis par rapport à l'absence d'expérience pour ce type de travail pour que ce soit accessible à tous les professionnels de santé

PS1 « […] l'objectif était que le soignant *se base sur son ressenti* et non sur ses connaissances »

« […] il n'y a *pas de bonnes réponses ou de mauvaises réponses* »

« C'est vraiment quelque chose qui doit *accueillir n'importe quel soignant* »

« Il ne faut pas que ça le fasse fuir »

« Il faut qu'il puisse vite comprendre qu'il a *sa place* dans ce type d'atelier, même complétement *néophyte*, même ayant *très peu d'expérience* »

« […] j'essaie d'être au maximum présente et *je fais du mieux que je peux* avec ce que j'espère pour l'autre et pour moi-même. Ça c'est à la portée de n'importe qui. »

« On ne va *pas* apprendre *des techniques* »

PS2 « Ben, c'est *idéal* »

« *Il faut* que ce soit *ouvert à tous* et pas forcément qu'à ceux qui ont de l'expérience »

« […] ça fait ouvrir les yeux, ça me fait avancer »

« *J'apprends de* ce que les *autres* ressentent »

« *J'apprends des visions des autres* personnes du groupe »

« Ça c'est enrichissant »

PS3 « […] c'est cette idée-là qui *me plaît* bien au départ »

« On n'a *pas besoin d'être formé* »

« […] *tout être humain est capable* d'apporter quelque chose à l'autre par le toucher »

« C'est une *qualité humaine*, on n'a pas besoin de compétences »

« […] le toucher pour moi c'est un *organe de sens* »

« […] le toucher c'est *quelque chose d'inné* »

PS4 « […] *c'est bien* parce que je ne sais pas qui aurait pu le faire »

« […] on va aussi *apprendre* en fonction de ce que les autres font, de leurs *différentes visions* sans qu'ils y aient été formés »

PS5 « […] *très bien* […] j'avais proposé qu'on ne soit *pas fermé*, complétement sclérosé »

« L'homme, le contact humain, le peau à peau est quelque chose qui nous *reflète depuis la naissance* »

« *Je ne pense pas qu'il y ait besoin de la technicité* pour pouvoir transmettre de la douceur et de la chaleur »

« *J'ai une envie de transmission* de douceur et de chaleur. Point. Et de là tout passe »

« L'important ce n'est pas la technique, c'est *l'intention* de pouvoir *transmettre* quelque chose de l'ordre chaleur, douceur »

« On va arriver chacun avec *des choses différentes* et ce qui va être intéressant c'est de *croiser* ça »

PS6 « […] alors c'est *très bien* »

« […] on n'a pas du tout les mêmes approches donc c'est bien parce que *ça mélange* les approches et ça permet de *découvrir* d'autres choses aussi »

« […] il y en a qui n'ont jamais eu de formation et du coup on a leur *regard neuf* »

« […] ça permet de se remettre en cause, de se remettre en question »

3.3 Les ressentis à l'issue de l'expérimentation

3.3.1 Les ressentis par rapport aux attentes initiales

PS1 « […] mes sentiments sont *au-delà de mes espérances* »

« […] ce qui est extraordinaire […] *rien n'a été modifié* »

PS2 « […] *très positif*, beaucoup plus que ce que j'attendais »

« […] je ne pensais pas arriver à lâcher prise […] j'ai vraiment lâché prise et ça m'étonne »

PS3 « […] c'est vraiment un *moment très agréable*, on attend les séances avec désir »

« […] ça m'a permis de *rencontrer* des soignants et de créer un lien »

« […] *on partage* quelque chose d'assez bienveillant, un moment où l'on a envie de donner à l'autre »

« […] j'ai été *convaincue à l'avance* »

« […] de *rencontrer* des professionnels de santé c'est bien »

« […] on ne se sent plus tout seul dans son exercice, on sait qu'il y a *d'autres personnes* qui ont la même idéologie que moi »

« […] pour tous les membres du groupe ça c'est *super bien passé* »

« […] il n'y a eu vraiment *aucun problème* »

«[…] pas une seule fois où quelqu'un n'était pas en *symbiose, en communion* »

« […] à partir du moment où la personne accepte le 'jeu', ça ne peut que de *bien se passer* »

PS4 « […] ça a été *mieux que ce que je pensais* »

« […] au début j'ai été assez angoissée […] en fait c'était *assez intuitif* »

« […] j'ai été *très étonnée* par le caractère »

« Je doute beaucoup, relaxation etc. et en fait j'ai été *surprise*, ça m'a *beaucoup apporté* »

« Ça a été *au-delà de mes attentes*, je ne m'attendais pas à ça. »

« […] ça a permis de *connaître* 2 personnes […] un point de vue différent »

PS5 « […] *ça correspond* à ce que j'avais en tête […] avoir des moments de partage où l'on se recentre sur soi »

« Ces séances-là permettent de se recentrer sur ses sensations corporelles et de ne plus *être* dans la tête mais *dans le corps* »

Développer cette écoute de soi-même : « Oui, tout à fait, *ça répond à ça*. Est-ce que j'y arrive tout le temps ? Ce n'est pas dit. »

PS6 c'est *très enrichissant* d'un point de vue humain »

« […] *échanger* avec des personnes qui ne sont pas de ma profession »

« […] *enrichissant* sur le plan physique […] c'est toujours *agréable* de masser et d'être massé, d'utiliser les techniques corporelles »

« […] ça *apporte du bien* être surtout les jours où ça ne va pas »

« […] des séances plus ou moins *émotives* »

« […] *très très agréable*, *bienveillant et aidant* »

3.3.2 Les ressentis par rapport aux réserves initiales

PS1 « *2 heures* c'est un petit peu *juste* »

« […] le groupe se *décentre* », « il y a juste ce petit souci ou *ca sort* un peu *du cadre* »

« Il faut faire attention à ne pas se laisser *envahir par le boulot* au sein du truc »

« 2 personnes qui ont été *absentes* […] ça m'a fait un petit peu *peur* […] est ce qu'il y a un *désinvestissement,* est ce qu'il ne va pas y avoir un schéma de répétition ? […] il y avait ce côté négatif, […] de *désertification* des personnes » **mais** « ça a permis l'arrivée de quelqu'un d'autre […] c'est *très facile*, pour quelqu'un qui n'a pas essayé, de *s'insérer* dans le groupe »

« […] quelqu'un qui été absent […] proposer à quelqu'un d'autre une *séance d'essai* »

« […] on était en nombre impair […] j'ai bénéficié complètement de la séance »

« […] peur de l'acceptabilité de personnes […] toute de suite j'ai ressenti *le bien-être* que ça faisait aux autres […] c'est un cercle vertueux, c'est une *spirale positive* »

« […] j'avais peur […] au niveau des locaux […] *la salle* chez moi ça *a bien convenu* »

« […] si j'avais une impossibilité le groupe pourrait s'autoriser à venir chez moi »

« […] des tables de massages qui n'ont pas été chères donc on n'a *plus d'obstacle matériel* »

« […] *pas* dans *des massages déshabillés* […] ça pouvait être un frein supplémentaire »

« […] cette espèce *d'engagement* initial, […] si je me lance […] il faut que je me tienne »

« […] je me tiens à ce que je fais »

PS2 « si je ne connaissais pas les gens ce serait un petit peu plus difficile »

« […] moi, *la détente* c'est un *gros souci*, c'était un peu le but de séances, de travailler là-dessus »

« […] je pense qu'on n'a *pas* fait *assez de séances* »

« […] il m'a fallu *au moins 5 séances* pour être à l'aise »

« […] j'ai *toujours peur* du jugement, de ceci de cela, voilà »

« […] la peur de ne pas pouvoir participer à toutes les séances et donc de *déstabiliser le groupe* […] mais globalement on a tous pu s'arranger »

PS3 « Moi je dirai *plutôt positive*. Pour moi aucune réserve, je me suis sentie à l'aise, j'apprenais des choses différentes avec chaque personne »

« Moi j'avais *très peu de réserves* et là j'en ai encore moins »

« Je n'étais pas sure au départ […] ça va peut-être pas me relaxer […] mais non, complètement faux »

PS4 « […] *il n'y a plus* cette appréhension, on fait comme on le sent »

« Par rapport à mes appréhensions initiales *ça m'a complètement soulagée* »

« […] je n'ai *plus* cette *appréhension*-là »

« Quand on a cette appréhension de mal faire le mieux c'est d'être massée en premier »

« […] ça peut être un frein, mais *une fois par mois* je fais l'effort »

« On travaille en binôme donc il y a une personne qui dépend de nous […] ça permet de *se forcer à prendre le temps* »

« À la maison j'ai jamais réussi à le faire […] c'est une séance qu'*on s'impose* »

PS5 « Je n'avais pas beaucoup et *je n'ai toujours pas* »

« Je me suis rendu compte de la *facilité* dans laquelle ça pouvait *se faire* même si on ne se connaît pas »

PS6 « *Je n'ai pas de réserves* »

3.3.2.1 *La participation des professionnels de santé de sexe opposé. Perceptions*

PS1 « Il y a quand même une *différence de positionnement* et de posture entre homme et femme »

« On voit bien la *différence de réaction* […] *c'est incroyable* »

« *L'homme* va être dans *la rigolade, la défensive*, comme s'il y avait une connotation sexuelle »

« *La femme* […] un ressenti *maternel, de protection*, de … vraiment de soin »

« *La réticence des hommes* […] une méfiance par rapport à ce type de travail non validé, d'où ça sort ?, très suspect […] *une vrai méfiance* qui contraste avec l'incroyable efficacité de l'affaire »

La présence d'hommes […] *ça enrichirait*, ça donnerait une *palette supplémentaire* »

PS2 « Un homme […] je ne suis *pas contre* »

« Je vais *mettre du temps* pour être à l'aise mais je ne suis *pas du tout contre* »

PS3 « Est-ce que *les hommes* auront la même approche, la même simplicité dans le toucher ? […] *je ne suis pas sûre* »

« […] un médecin homme qui désirerait rejoindre l'atelier […] je pense que c'est dans *les rares personnes masculines* »

« Est ce que les hommes vont moins confier leur problématique ? Peut-être. *Plus réservés, moins osés, moins à l'aise* »

« S'ils font les démarches de venir ils sont *à l'aise* dès la première séance »

PS4 « S'il y avait un homme ce serait peut être *différent* »

« Il ne faudrait pas que ce soit *mal interprété* »

« Le fait que ce soit des personnes du *même sexe* je pense que *ça aide* quand même beaucoup »

« Je ne sais pas si on peut avoir la *même implication* […] avec des collègues de sexe différent »

« On n'a pas eu d'hommes donc on ne sait pas comment ils auraient réagi »

« […] pour les collègues masculins ne faire peut être qu'un *groupe d'hommes* »

« Je ne sais pas s'ils auraient *envie de masser* une femme »

« Moi, ça *ne me dérangerait pas* mais il y aurait sûrement des choses qu'on *n'oserait pas faire* »

PS5 « *Ça serait bien* qu'il y ait des hommes avec nous »

« Ceux qui vont venir c'est déjà quelqu'un qui a une *affinité* pour ce genre de choses »

PS6 « Nous ne sommes que des femmes […] *je ne sais pas* comment ça peut se passer s'il y a des hommes »

« *Quelle influence* ça peut avoir après sur mon relationnel avec l'autre ? […] c'est une question que je me pose »

3.3.3 Le déroulement des séances exige un cadre précis de temps, parfois sur le temps de travail. Perceptions

Personne n'a été gêné par le fait que les séances se déroulaient sur leur temps de travail. Pour eux, le samedi matin était « le créneau idéal », la fréquence des ateliers, la mensualité leur convenait bien.

PS1 « *2 heures* c'est un petit peu *juste* »

« Il faut vraiment insister sur la nécessité d'avoir un *cadre* bien *précis* […] c'est important d'avoir un *noyau central* » […] « cette rigidité de cadre, elle peut avoir quand même un petit peu de souplesse et ça ne met pas en danger le groupe »

« *Très bien, très bien* »

« Le *samedi* matin […] je n'aurais *pas* envie de *changer* »

« Moi ça me *va bien* »

« C'est sur mon temps de travail, je gagnerai moins mais je suis prête à *assumer* ça »

« Le *rythme mensuel* c'est fréquent […] on n'a pas le temps de ré-être mal »

« Au niveau de la *rythmicité* c'est *très bien* »

« Clairement, avec les professionnels de santé il faut *planifier*, […] il faut faire le programme à l'année »

PS2 « Ça ne m'a *pas* du tout *gêné* de me bloquer 2 heures sur un samedi matin »

« Un *samedi* par mois me semble largement *faisable* »

« Je pense qu'il faudrait que ce soit plutôt *un soir*, *après* le temps de *travail* »

« C'est *mieux le soir* […] après une bonne journée de travail on se détend »

« Moi perso je préfèrerai *après* le temps de *travail* »

« Alors moi, je ne ferais *pas* ça en *weekend* »

« Une fois *par semaine* ? Pourquoi pas. Pour moi c'est faisable »

« Une fois par semaine ce serait *idéal* »

« Entre *midi et deux* ça me poserait des soucis […] je n'arriverais pas à me détendre […] ça serait trop *juste* »

PS3 « […] on donne, donc on a besoin d'énergie et les soirs je suis fatiguée »

« Le *samedi* matin *c'est bien* […] c'est le *créneau idéal* »

« Toutes les semaines ça deviendrait un peu *trop répétitif* »

« Tous les trimestres ça ne sera *pas assez* »

PS4 *« Plus régulier* […] la présence serait *moins importante* »

« C'est bien parce que c'est *une fois* par mois »

« *Planifier* pour l'année, ça me va »

« […] à la dernière minute il y aurait de difficultés »

« Jusqu'à *2 séances par mois* ça semble très facilement faisable […] plus que ça […] je ne sais pas. »

PS5 « Se reposer sur son lieu de travail […] ça ne passe pas, ce n'est *pas dans la mentalité* »

« En dehors du temps de travail, oui, c'est plus *facile* »

« Sur son lieu de travail […] ça passe *moins bien* »

« […] c'est dommage mais c'est la *culture du soignant* »

« Ce n'est *pas facile* de venir se dire : Viens ! On fait ça »

« Ce n'est pas mon cas. Le samedi je ne travaille pas »

« Si ça avait été après ma garde *j'y serais allée* »

PS6 « Ça ne m'a *pas* posé de *problème* »

« Ça ne me pose *aucun problème* de m'absenter du cabinet »

« Si je n'avais pas de remplaçant *je fermerais* le cabinet »

« Je *ne culpabilise* plus »

« En général on *déborde* un peu, on est plutôt à 2 heures et demi »

« Une séance ne suffit pas […] *s'engager* pour un an ou deux est nécessaire »

« *Une séance n'apportera pas* suffisamment […] on perd un peu en richesse de ce que peuvent apporter les autres »

3.3.3.1 *L'utilité du temps consacré pour ce projet*

Tous les professionnels de santé avaient un point de vue positif sur l'utilité de ce projet.

PS1 « *Ah oui, ah oui*, franchement »

« C'est un *excellent* suivi thérapeutique »

« […] j'avais vraiment l'impression *d'être en dette* de ça »

PS2 « *Un grand oui* parce que prendre soin de soi ce n'est jamais inutile »

PS3 « Autant l'année dernière je me suis dit bon, je fais pour rester avec les autres, pour ne pas déstabiliser le groupe mais cette fois-ci non, j'y vais et à chaque fois *j'ai envie* d'y aller de plus en plus »

PS4 « *Oui*, moi j'ai trouvé ça *très utile* »

PS5 « Mais *oui, bien sûr*. Prendre du temps pour soi c'est important »

PS6 « *Oui, oui,* au contraire, j'espère que ça va continuer »

3.3.4 Le travail d'un petit groupe pluridisciplinaire sans supervision. Perceptions

La pluridisciplinarité

PS1 « Ce sera *un enrichissement* d'avoir moins de médecins et d'avoir des orthophonistes, podologues, des kinés… »

« Alors les kinés, wow, ce sera vraiment un challenge […] leur cœur de métier, le toucher »

PS2 « Je suis totalement ouverte, ça permet de *se connaître*, de créer des *liens* »

« *Pas de problème* pour ça »

PS3 « […] c'est *important* »

« Ça pourrait être bien d'avoir encore *d'autres disciplines* »

PS4 « Pluridisciplinaire c'est entre *guillemets* […] c'était un peu *dommage* »

PS5 « Ah oui, *c'est bien*. Plusieurs disciplines, oui. »

PS6 « […] *le regret* que j'ai […] qu'il n'y ait plus de professions »

« J'aimerais bien qu'il y ait *d'autres professions* »

« C'est *aussi intéressant* qu'on soit seulement des médecins généralistes ou qu'on soit mélangés »

« Pluridisciplinaire serait *plus intéressant* »

« […] *échanger* avec des personnes qui ont d'autres pratiques »

Le nombre de participants

Pour les sujets interviewés le nombre idéal de participants serait entre 6 et 8 personnes parce que :

PS1 « Si tout le monde déserte au même moment, toute *la dynamique peut s'écrouler* »

« Je pense qu'on pourrait être *huit* »

« *Quatre* c'est un peu *juste* […] *dix* ça ferait *beaucoup* […] 12 par exemple, je pense qu'on change complétement de format »

« Le nombre *idéal c'est 6 ou 8* […] ça laisse la place à chacun de s'exprimer »

PS2 « On est un petit groupe, donc *ça fonctionne* bien »

« C'est ce qu'il fallait […] *c'est idéal* le petit groupe. *Facile à gérer* aussi. »

« Plus il y a de *personnes*, *moins* les gens se *détendraient* »

« S'il y avait *beaucoup* de monde, ça *ne* me *conviendrait pas* »

« On peut aller *jusqu'à huit* je pense »

« On n'a pas de salle adaptée […] on ne *peut pas* accueillir *50* personnes »

PS3 « […] on peut *inclure* encore *2 ou 3* personnes »

« *8* je pense que c'est *possible* »

« Je ne sais pas comment on peut mettre ça en place avec de plus grands groupes »

PS4 « […] *petit* groupe c'est *très bien* »

« Ce serait plus *compliqué* de faire sur un *grand groupe* »

« On ne peut *pas dépasser 8-10* personnes »

« Être peu nombreux *renforce* la sensation d'intimité, de détente »

« *6 à 8* personnes c'est l'*idéal* pour moi »

« C'est vraiment *important* d'être un petit groupe »

PS5 « *C'est bien* qu'on l'ait testé en petit groupe »

PS6 « […] petit groupe […] c'est *chouette* »

« Petit groupe c'est *nécessaire* […] pouvoir échanger de manière approfondie »

« Trop *nombreux* […] c'est *la foire* »

« […] problème de place […] je *ne m'imagine pas* qu'on se retrouve *50* »

« Si l'on est 4 de plus, il faudrait au moins une demi-heure en plus »

L'autonomie / la supervision

PS1 « […] on a la base de l'attention à l'autre, on a ces reflexes de soignant »

« […] *on peut être* en autonomie »

« […] on a été *capables* de s'autogérer »

« […] à nul moment je me suis dit qu'il aurait fallu quelqu'un »

PS2 « *Il ne faut surtout pas superviser* »

PS3 « […] ça s'est fait *naturellement* »

« […] les séances *se guident toutes seules* »

« […] avec d'autres personnes […] expliquer *ce schéma* […] je pense que c'est vraiment le bon schéma »

« Après, être guidé ? *Non.* »

«Là, on a quand même un *guide* et c'est *la musique* »

PS4 « […] *très bien* […] il n'y a pas eu de débordement, on arrivait bien gérer le temps »

« […] il y a des *règles implicites* »

« […] il n'y a pas eu besoin de recadrer quoi que ce soit »

« […] au début *expliquer* comment ça se passe »

« […] il y a quand même *une trame.* C'est bien d'avoir une trame »

« On *n'a pas besoin* d'avoir quelqu'un qui nous dit : 'Stop, ça fait 30 minutes, on tourne etc' »

PS5 « […] je ne vois *pas* en quoi ça pourrait être *utile* »

« […] la supervision peut avoir un rôle de *validation scientifique* »

« […] elle *pourrait être utile* […] pour voir un peu comment les choses s'entremêlent au sein de l'équipe »

PS6 « C'est *très bien* »

« On n'est jamais avec les mêmes […] du coup on n'a *pas besoin* de guide »

« Il y a toujours une personne qui lance la séance […] mais il n'y a *pas de guide précis* et il n'y en a pas besoin »

« Pour moi ça ne me parait *pas nécessaire* »

« Au départ […] on ne savait pas du tout […] mais en fait après, non »

« C'est vraiment la première séance […] *on se rode* et on prend l'habitude de fonctionner »

3.3.5 Prendre soin de soi pour mieux soigner. Perceptions

Au bout de huit séances les personnes étaient persuadées de l'effet positif que cet atelier a pu donner.

PS1 « C'est particulièrement dans ces *semaines difficiles* que l'outil a pu être testé »

« Ça a permis de dénouer le truc et j'ai trouvé ça vraiment *bienfaisant* »

PS2 « J'apprends peu à peu à intégrer ces petits moments de méditation ou de *recentrage* »

PS3 « […] pour soigner il fallait être à l'écoute […] avoir un contact physique ça pouvait être important […] ça m'a apporté cette *certitude* »

PS4 « Ca permettait d'être un peu *plus positive*, de *voir plus clairement* ses problèmes, de me positiver, de *dire je vais y arriver* »

« Quand on est tout le temps dans le mouvement on n'est pas très à l'écoute de soi et donc pas très à l'écoute de l'autre. Donc *voilà ce que j'ai appris*. »

PS5 « […] le soignant va penser à l'autre […] pouvoir penser à soi c'est compliqué »

« C'est pour être plus apte à prendre en charge le patient. Ce *n'est pas juste que pour nous* »

« On a *besoin de le justifier* en disant : 'C'est parce que je veux prendre en charge correctement mon patient que je vais prendre soin de moi' »

« […] du coup on va aller plus *vers l'autre* que vers soi »

« Nos instruments nous ont mis à distance […] *prendre conscience* de ce qui se passe dans la relation, dans mon examen »

« […] *transmettre* des choses de l'ordre de la prise en compte de soi, de la douceur »

PS6 « Oui, […] *on soigne mieux* »

« Je sens […] que *ça va mieux* se passer […] je vais être *plus patiente*, *plus à l'écoute* »

« […] aux moments d'explosions […] ça m'a permis d'être *plus détendue* »

L'impact sur la vie personnelle/professionnelle

PS1 «Ça a eu un impact dans ma vie professionnelle […] pendant les consultations j'ai l'impression d'être *mieux ancrée*, de pouvoir prendre quelque chose de cette expérience sensorielle là et de le ramener dans la *relation d'aide* »

« […] vie professionnelle, oui, dans la vie personnelle, en fait *ça va souvent ensemble* »

« Ça réinjecte *du bien-être partout* »

PS2 « Ça peut vraiment *aider dans le quotidien* »

« Ça apporte dans la vie quotidienne […] un petit plus dans mon *bien-être au quotidien* »

« Pour le travail je n'ai *pas* forcément *ressenti* le bénéfice *pour l'instant* »

« Il n'y a pas assez de séances pour avoir un grand bénéfice du côté professionnel […] il faut avoir fait *au moins 12 séances* ou une quinzaine de séances »

« Moi perso […] *j'ai appris la méditation*, je ne connaissais pas »

PS3 « C'est un *temps pour moi* qui est important, même personnellement »

« « C'est *un petit plus* professionnellement et puis personnellement *encore plus* »

« Le toucher pouvait *apporter du bien être* à l'autre dans ma vie personnelle aussi »

PS4 « sur le plan personnel je me sentais beaucoup *plus positive*, *relaxée* »

« Ça *ne retire pas tout* mais on arrive à *être plus positive* »

« En terme de consultations […] *je ne sais pas* si ça a vraiment eu un impact ou non »

« Depuis j'ai tendance à toucher d'avantage les bras de patients, je garde sa main dans ma main […] ça peut aussi *mettre en confiance* »

« […] de ne *pas avoir d'appréhension* de toucher les patients […] il ne va pas trouver bizarre ? […] au final non, *ce n'est pas* du tout *bizarre* »

« Ça peut aussi permettre d'*apaiser*, *d'ouvrir un dialogue* […] ça crée une espèce de contact non verbal où la personne se sent en *confiance*, *ose* aborder des sujets »

« Sur le plan personnel […] il faut *s'imposer* des petits moments pour souffler un peu »

PS5 « Pour ma vie personnelle, j'ai acheté une table et j'ai massé mon gosse, mes neveux, mon mec, voilà »

« Dans ma famille j'ai des retours du genre : 'mais putain, t'as pris des cours ?' ; ben non, j'ai juste *envie de vous faire du bien* »

« Dans ma vie professionnelle il n'y a *pas de changement particulier* […] se dire que cette *prise de conscience*, *l'importance du contact physique* reste toujours importante »

PS6 « […] sur le plan personnel *indéniablement* »

« Sur le plan professionnel […] être *plus à l'écoute*, *plus proche* des gens, mettre moins de distance […] je touche peut être plus les gens, ça créé *moins de distance* […] *ça facilite* la prise en charge »

« […] les gens *plus à l'aise* […] *moins d'agressivité* […] expriment leur plainte d'une manière *plus entendable* »

3.3.6 L'harmonie entre le travail du corps et la parole. Perceptions

Dans l'ensemble tout le monde était d'accord que les deux éléments, le toucher puis la parole, sont indispensables.

PS1 « […] l'*objectif* du truc […] cet *aller – retour* entre l'attention à soi – même et l'attention à l'autre »

« […] quand on est avec l'autre de ne pas s'oublier soi – même ; quand on est avec soi – même ne pas oublier l'autre, et j'ai vraiment trouvé que *ça a confirmé ce type de travail* »

« J'ai été très *impressionnée* par ce que mes collègues ont pu *verbaliser* »

« J'ai été vraiment *enrichie* des témoignages de mes collègues »

« On pourrait peut – être *développer* un petit peu *dans le ressenti* »

« Je pense qu'on reste encore un petit peu *sur la réserve* de ce qu'on a ressenti vraiment intérieurement »

« Ça me dérange pas d'exprimer des choses personnelles »

« C'est important de *pouvoir s'exprimer* »

« On ne va pas forcement sur le truc hyper intime chaque fois […] dans l'hyper personnel »

« Le groupe a une *très très bonne qualité d'attention* à l'autre »

PS2 « Le soin n'était pas que par le toucher et oui, […] ça fait toujours du bien de parler, de débriefer sur ce qu'on a ressenti »

« Je pense que les deux sont liés »

« Il faut débriefer tout ça […] savoir ce que les autres ont ressenti »

« Les deux sont liés mais chaque chose en son temps »

« Le massage ça procure un *bien-être immédiat* »

PS3 « On partage vraiment un échange par le toucher qui est assez *exceptionnel, délicat* et qui s'est très très bien passé, très naturellement »

« C'est du toucher très superficiel, pas de massage thérapeutique »

PS4 « Le fait que ça passe par le toucher […] ça arrive à apaiser ou *à faire passer des émotions* »

« Eh bien c'était un peu *dur* au final *de mettre les mots* sur ce qu'on a ressenti »

« C'était *difficile* en fait *de dire* ce qu'au fond on a ressenti »

« *On n'arrivait pas* à dire ce qu'on avait ressenti au plus profond de nous – mêmes »

« *Mettre les mots* dessus c'est *assez difficile* je trouve »

« On peut faire passer beaucoup de messages juste en touchant les patients […] ça peut avoir quelque chose de rassurant […] mettre les mots sur ce qu'on a ressenti c'est plus difficile. *Je ne pense pas réussir* à le faire »

« Dire à quel point j'avais réussi à lâcher prise ça a été plus compliqué »

« J'avais l'impression de *ne pas avoir les mots* adaptés »

« Je n'arrivais pas à *trouver les mots* »

« On est dans un *état* un peu *particulier* »

« Avec ce massage on découvre des *nouveaux côtés* »

« Au final on prend quasiment *autant de plaisir* à être massé qu'à masser l'autre »

« […] masser l'autre c'est aussi une *source de détente* »

« Quand on masse on est en train de *se faire du bien* aussi et c'est ça qui m'a *beaucoup appris* »

PS5 « Le ressenti corporel est *hyper important* et on ne lui donne pas assez de place »

« […] on s'est rendu compte de *l'importance du toucher* de l'autre »

« Le travail corporel permet de valider […] de *recentrer* sur l'essentiel […] le corps »

« Nos métiers nous ont intellectualisés […] *redonner du sens au corps* c'est important »

« Avant je le faisais sans prendre conscience et maintenant j'en ai *conscience* »

« *J'en prends conscience*, la différence c'est ça »

« On a tous cette *nécessité de contact* »

« […] ça c'est *déjà ancré* depuis longtemps de m'approcher des gens »

« Ce qui me manque c'est d'être empêché du contact à l'autre avec ce Covid là […] toutes ces *difficultés du contact* à l'autre et moi je ne suis *pas à l'aise* avec ça »

« […] je restais dans *le contact* même si le Covid était bien présent […] *c'est important* »

« Ça marche bien les visios quand le lien est déjà créé […] mais si c'est un nouveau patient ça ne passera pas »

Les temps de la séance

Quant à l'organisation, les participantes trouvaient que chaque temps de la séance est essentiel et indispensable.

PS1 « Le *temps de calme* au départ est vraiment essentiel »

« Quand on ne va vraiment pas bien c'est préférable d'être *soigné en premier* […] pour libérer certaines choses »

« C'est très important en *début de séance* de s'autoriser à dire […] sur quelle région il faut insister »

PS2 « […] tout s'est fait *naturellement* »

« *Le temps de méditation* c'est bien, ça permet de souffler, de s'apaiser pour pouvoir faire le soin et le recevoir »

PS3 « C'est bien qu'il y ait *ce temps de silence* au départ pour se mettre en condition »

« *Le temps d'échange* après c'est très agréable »

« 2 heures en soi c'est bien […] on a le temps de faire *le massage* […] de bien se détendre et de pouvoir donner et recevoir le toucher »

« Le temps de parole […] il y a un *échange très équitable* »

« Le temps *le plus fort* et le plus important est *le temps de toucher* […] on a moins l'habitude et peut être on en a le plus besoin »

« […] sans ce *temps de parole* ça apporterait pas »

« C'est bien de donner son ressenti et d'essayer d'avancer et d'évoluer »

PS4 « […] l'*organisation* c'est très *bien fait* »

« […] ça permet de passer progressivement, de se concentrer sur le massage »

PS6 « Ce *temps d'échange*, avant et après, est quand même important »

« Le *temps de parole* est nécessaire avant […] il renforce le lien dans le questionnement […] permet de se vider des choses qu'on a accumulées »

« […] il est nécessaire après pour expliquer ce qu'on a ressenti de bien ou pas bien […] de pas bien ce n'est jamais arrivé »

« *Les deux sont indissociables* »

3.3.7 Les ressentis par rapport à l'absence d'expérience pour ce type de travail pour que ce soit accessible à tous les professionnels de santé

PS1 « […] ce ne sera *pas extrapolable* comme système à la *population générale* »

« Tout de suite *les personnes* qui n'ont *aucune expérience* se voient *renvoyer des choses* plutôt *positives* »

« Ça fonctionne très bien, *ça marche tout seul* »

« […] l'objectif […] que les gens se fassent *confiance* dans une *absence totale d'expérience* »

« […] le côté *accessibilité est confirmé* »

PS2 « Je pense que c'était *le mieux* »

« Il faut que ce soit *ouvert à tout le monde* »

« *L'idéal* c'est que tout le monde soit *novice* »

« Tout le monde peut *apporter de nouvelles choses* »

« Au début j'ai été gênée et après je me suis dit : essaie ! […] tu te dis : souffle un petit peu, détends-toi, ça va bien se passer »

PS3 « On a vu aussi 2 personnes qui sont arrivées un peu en cours de route […] ça se passe tout à fait *naturellement et simplement* »

« Les 2 exemples qu'on a eu, ça c'est fait tellement naturellement et tellement simplement que je pense que c'est *à la portée de tout le monde* »

« On n'a *pas besoin de savoir*, on n'a *pas besoin de compétences*, il suffit juste d'être naturel et d'avoir envie de donner à l'autre »

« […] p*as besoin de plus d'expérience* »

« C'est aussi basique que […] des câlins […] *des gestes intuitifs et basiques* »

« C'est *quelque chose qui est dans l'humain* […] on n'apprend pas aux parents à caresser leurs enfants […] c'est quelque chose qui est *inné en nous* »

« Je suis sûr qu'on pourrait *appliquer de façon générale* à d'autres personnes »

« À partir du moment où l'on met la structure je pense que ça peut être *ouvert à tous les soignants* »

« Ce n'est pas une histoire de compétence, c'est *une histoire innée en nous* et être à l'écoute de l'autre […] ce n'est pas quelque chose qui peut freiner »

PS4 « […] chacun fait un peu *comme il le sent* »

« *Une trame* […] *ça aide* aussi à déstresser, on sait comment ça va se passer »

« […] d'être massé d'abord ça *permet d'expérimenter* »

« […] comprendre qu'on fait chacun *en fonction de son ressenti* »

« Je n'ai pas eu d'appréhension de masser en premier »

PS5 « Je n'ai *pas d'appréhension* par rapport à ça »

« […] je suis plutôt *à l'aise* avec ça »

« Je n'ai *pas de difficulté pour toucher* »

« Je n'ai pas de problème avec les gens, je les touche physiquement »

PS6 « C'est l'avantage. *Un gros avantage*. »

« Il n'y a *pas de préjugé ni de peur* […] au contraire. »

« […] *ouvert à tout le monde* quelle que soit l'expérience ou inexpérience »

« […] le toucher *fait partie* de notre travail »

« J'ai *peu utilisé le shiatsu* »

« On a toutes échangé et augmenté nos capacités de massage […] c'était *une progression* »

3.3.8 Vision globale

PS1 « Globalement, *très très bonne surprise* »

« Le résultat ça m'a fait *beaucoup de bien* […] ça fait du bien aux autres aussi »

« C'est tellement *merveilleux* ce qui émerge de tout ça »

« Je suis *contente* de ma proposition que j'ai pu faire à l'autre »

« Tout de suite ça a été *une expérience positive* »

« Donc oui, je suis *super contente* »

« Oui, c'est un *super truc* et moi je suis *très contente* »

« Ça m'a permis de *me rapprocher* des collègues »

« C'est dans une très *belle qualité relationnelle* »

« C'est *au top* »

« […] *prioriser* cette action parmi d'autres »

« […] un *travail de fond* et préventif […] un message essentiel dans la société »

PS2 « C'est une *belle expérience*, c'est *sympa* et ça détend en plus »

« […] *des rencontres* qui étaient *attendues, très agréables* »

« Je ne peux *pas* dire que c'était *extraordinaire*, encore une fois, on n'a pas fait beaucoup de séances »

« J'ai vécu cette expérience d'une manière *très positive* »

« Il n'y a *que du bénéfice* franchement, à retirer »

« Je ne vois *pas de négatif*, il faut juste *être motivé* »

PS3 « Je me fais *plaisir,* c'est pour me faire du bien »

« Ça nous *apporte* aussi pour plus tard »

« C'est un moment où l'on peut *se détendre* »

« Ça m'a apporté *beaucoup de bien* »

« C'était très différent suivant les personnes et à chaque fois ça m'*a fait du bien* »

« Globalement, moi, c'est *très positif* »

« Je ne pensais pas que ça se faisait aussi *simplement* »

« J'ai été *étonnée de l'énergie* qu'on a pu partager ensemble »

PS4 « Ça m'a aidé à me *relaxer*, d'être *plus détendue*, *plus positive* »

« Ça m'a permis de *voir des gens* »

« Ça permet aussi de *prendre du recul* sur des choses qui nous tracassaient »

« J'ai l'impression de pouvoir *mieux gérer l'organisation* […] mais malheureusement *ça s'estompe vite* ; dans quelques heures ou quelques jours tous *les bénéfices sont partis* »

« J'ai été *surprise* […] je ne m'attendais pas à ce que ce soit aussi *bénéfique* »

« […] quelque chose d'un peu *surprenant* car je ne m'attendais pas à ce que ça ait *autant d'effet* »

« On a *beaucoup de bénéfices* et on a envie que les autres les expérimentent »

« On a *envie de partager*, on se sent très bien »

PS5 « J'ai vécu de façon *très positive* »

PS6 « *J'attends avec impatience* les séances à chaque fois »

« […] un *apport très important* »

« […] c'est un temps pour moi, enfin, pour nous »

« […] c'est vraiment *important* […] j'ai *envie de dire* à tout le monde de le faire »

« […] je conçois aussi que *c'est particulier* »

« […] tout le monde n'est pas en capacité de recevoir ou de donner un massage »

3.3.8.1 *Comment diffuser/populariser*

PS1 « […] préparer l'avenir […] *créer un autre groupe* »

« Peut-être *l'année prochaine* on pourra passer à *deux groupes* »

« Je m'attends pas à ce que ce soit une foule de personnes qui soient intéressées »

« Ben, déjà dire qu'on *ré-ouvre le groupe* »

« […] *informer* de comment ça se passe, *témoigner* »

« On peut *renseigner directement* les gens »

« Il peut y avoir une *séance d'essai* »

« […] toucher tous *les adhérents de la CPTS* en multi pro »

« […] être dans un *encouragement* »

« Dans un premier temps il faut qu'on *élargisse dans la CPTS* »

« La 1ère étape pour 2020 ce serait déjà d'avoir d'autres personnes, plus d'hommes, plus de multi-pro »

« […] voir si ça marche avec d'autres groupes […] ça a forcément été influencé par la personne qui a proposé le truc »

PS2 « *Je recommanderai* à ceux qui sont motivés »

« […] à travers de la *CPTS* »

« […] un petit *mail d'info, petits prospectus, du bouche à oreille* aussi »

« […] le prospectus à distribuer dans les cabinets, dans les grosses structures, des cabinets d'infirmières, d'ostéopathe, orthophoniste, maisons médicales … »

« […] *ouvert à d'autres* qui ne sont pas dans la CPTS »

« Il ne faut *pas* que ce soit quelque chose du genre *porte à porte* »

« Il faut que les gens *prennent l'initiative* de découvrir ça »

« Il faut renseigner un *numéro de téléphone* »

« Il faut que l'*initiative* vienne du soignant qui souffre »

PS3 « *Je la recommanderai* à tout le monde »

« En *l'expliquant verbalement* […] ça fait peut-être moins peur »

« […] pour une personne novice, *un droit d'essai*, d'observation »

« *Expliquer* que c'est vraiment un *échange horizontal* »

« *Dire* qu'on peut l'appliquer dans la vie personnelle et professionnelle »

« J'aimerais bien *que ce soit reconnu* et que tout le monde puisse en profiter »

« Plus il y a du monde, plus ça crée une énergie entre les gens »

PS4 « *Je recommanderai ça vivement* à tout professionnel de santé »

« *Ça dépend aussi de la personnalité* de chacun »

« Je ne pense *pas* que ce soit quelque chose qu'on puisse *imposer* »

« En milieu libéral, je ne sais pas trop […] ça dépend un peu du caractère »

« En *milieu hospitalier* […] sans spécialement faire partie d'un groupe […] une piste à explorer » mais « impérativement *sur leur temps de travail* […] associer leur temps de travail avec quelque chose de positif »

« *Je ne sais pas trop par quelle voie passer* »

PS5 « j'essaie de voir comment c'est possible d'augmenter tout ça »

« […] des *flyers, des trucs classiques*, en invitant les gens de venir *tester* »

« Le *bouche à oreille* »

« Ce sera bien de pouvoir organiser ça *au sein de l'hôpital* »

« […] sur l'hôpital ce serait une bonne idée […] les soignants de l'hôpital sont en grande souffrance aujourd'hui »

PS6 « *Je le recommande* »

« Je pense vraiment qu'il faut que ce soit *quelqu'un qui y ait déjà participé* »

« Je ne suis pas sûr qu'on peut arriver à *faire passer le message* quand on ne l'a pas pratiqué »

« […] de *bouche à oreille* au départ »

« […] avec *des personnes qu'on connaît* bien, à qui on peut expliquer »

« […] au sein *des réunions interprofessionnelles* »

« […] a force d'avoir des personnes nouvelles […] ça va s'étendre »

« *la CPTS* […] un bon moyen d'échanger »

« Ça ne peut pas être que le bouche à oreille »

4. DISCUSSIONS

4.1 Les forces et les limites

4.1.1 A propos de la méthode

Pour le type d'étude choisie, la *recherche qualitative* a semblé la plus adaptée à l'objectif, soit de recueillir, explorer puis analyser les vécus des PS. Elle ne cherche pas à convertir des opinions en chiffres mais permet d'explorer les perceptions des acteurs de santé et d'aider à comprendre leurs vécus.[21]

Nous avons choisi d'étudier le ressenti des PS qui ont souhaité participer à cette expérience. Le nombre de participants était précis (groupe fermé). L'utilisation de *l'échantillonnage homogène*, a été appropriée car dans ce type d'échantillonnage la variation n'est pas réalisée par une recherche de cas extrêmes.

L'expression libre des participants a été favorisée, d'une part, par le choix des *entretiens semi – dirigés* avec une trame d'entretien contenant des *questions ouvertes*. Celles – ci ont permis de faciliter la diversité de points de vue et d'autre part, *le lieu des entretiens* (lieu d'exercice, domicile du participant, domicile du thésard, visio conférence) a été choisi par les participantes pour minimiser les biais externes, environnementaux. La présentation du déroulement des séances et l'explication du protocole au début de l'entretien ont servi aussi à la mise en place d'une ambiance détendue. *L'anonymat des entretiens* a assuré également un climat de confiance et a garanti l'expression libre des intervenants.

Les entretiens ont été conduits par le thésard ayant comme biais possible le *statut de l'intervieweur*. Puisque l'enquêteur et les interviewés étaient des professionnels de santé, il pouvait y avoir des éléments, des informations, des ressentis non exprimés par les participants du fait de leur expérience commune et de leurs savoirs communs dans le domaine médical et évidents pour les acteurs de santé.

Le manque d'expérience de l'enquêteur dans la conduction d'un interrogatoire en recherche qualitative a probablement favorisé le manque de richesse des données recueillies ; l'utilisation d'un guide de questionnement a permis de ne pas oublier certaines questions et de ne pas se noyer dans des discussions éloignées du sujet de recherche.

En contrepartie, l'avantage de conduire soi – même les entretiens ainsi que la transcription intégrale écrite des enregistrements était d'avoir une meilleure prise en compte de l'ensemble des données, plus exhaustive que si ces étapes avaient été déléguées (se rappeler qui a parlé, son ton, son langage non verbal).

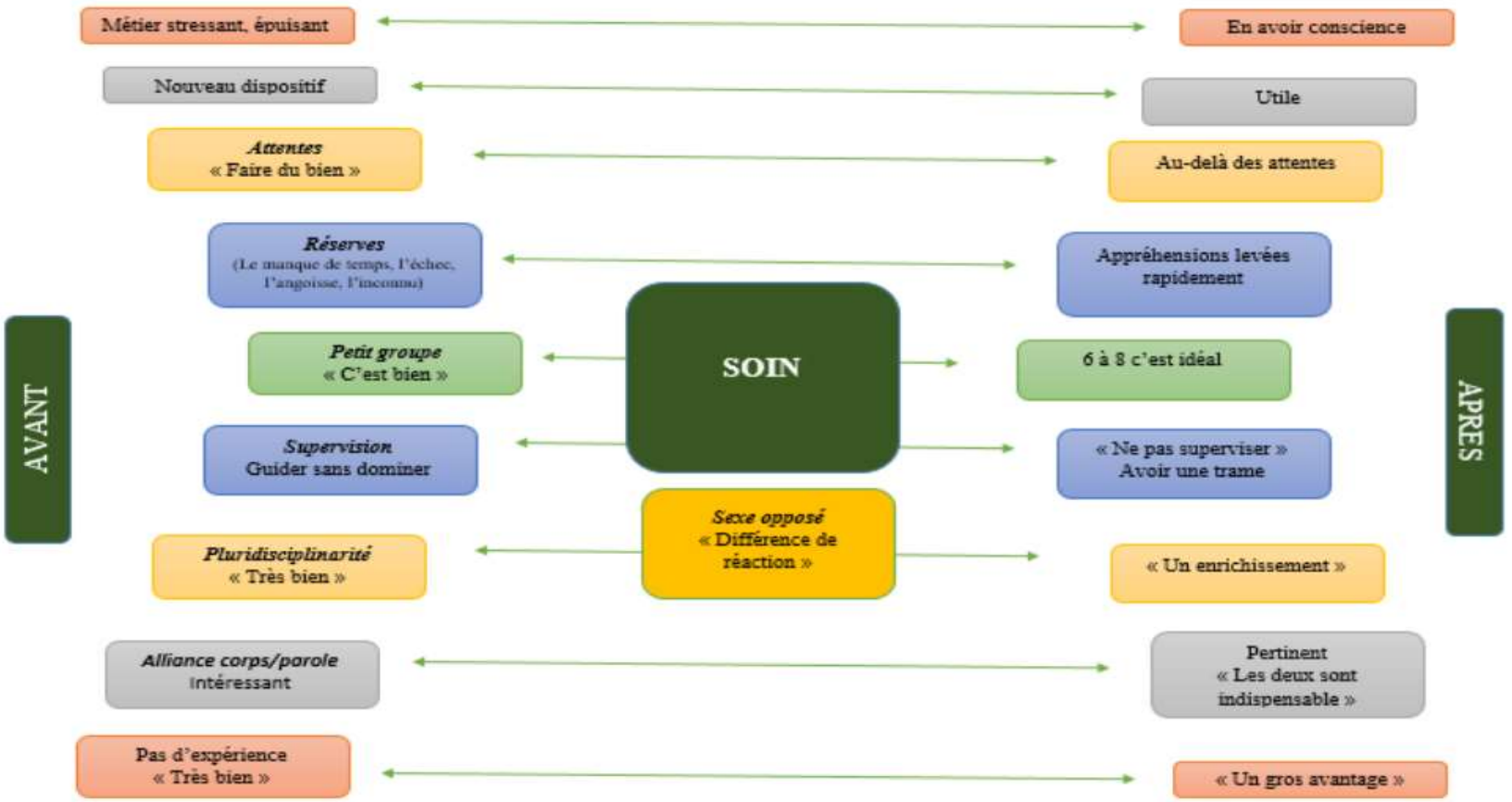
L'analyse des données a été réalisée par le chercheur ce qui peut réduire la qualité des résultats. La triangulation n'a pas pu être réalisée : pour l'une des directrice de thèse par manque de temps et pour l'autre parce qu'elle faisait partie du groupe des interviewées et que cela a paru collégialement problématique.

4.1.2 A propos des participantes

Dans les forces, nous retenons que l'intégralité des membres du groupe de l'expérimentation a pu être interrogé, que ce soit pour l'entretien précédent ou celui faisant suite aux séances.

Dans les limites, nous retenons que dans le cadre d'une toute première expérience d'une nouvelle technique, l'initiatrice de la proposition faisait partie du groupe et se trouvait parmi les personnes interrogées. On peut donc identifier un biais à un double niveau. D'une part ses réponses aux questionnaires sont forcément influencées par son degré d'implication différent de celui des autres participantes. Pour cette raison, il a semblé pertinent de rendre transparent cet aspect des données recueillies. Le lecteur peut donc les identifier comme étant celles du PS 1, ce qui lui permet de lire les propos de façon éclairée. D'autre part, le fait que la coordination du groupe ait également été réalisée par cette même personne, a probablement impacté la dynamique et la cohésion du groupe dans des dimensions non étudiées. De même, il est possible que cette expérimentation présentée aux participantes comme devant faire l'objet d'un travail de recherche, ait pu avoir un retentissement sur leur assiduité aux séances. L'effet « nouveauté » a peut-être également joué un rôle positif dans cette assiduité. Enfin, l'aspect convivialité pouvant parfois se confondre avec de réelles amitiés dans les CPTS, le lien initial pouvant exister entre certaines participantes et l'initiatrice de la technique doivent être pris en considération dans l'interprétation des données.

4.2 Les principaux résultats



4.2.1 Souffrance au travail, gestion du temps chez les soignants, rapport à ses propres soins

Les deux premières questions de l'enquête étaient générales et visaient à explorer les ressentis des PS par rapport à leurs attentes, motivations et freins pour participer à cette expérience. Parmi les premiers facteurs qu'elles ont pu verbaliser, on retrouve l'épuisement professionnel. Les soignants ont exprimé des difficultés dans leur vie professionnelle en cohérence avec ce que l'on sait dans la littérature, pour l'ambulatoire surtout, en termes de surcharge de travail et la nécessité d'aller vite. Apparaît en revanche en facteur protecteur, l'intérêt d'échanger avec les autres, donnée également connue dans la littérature.[16]

Dans l'enquête lancée en 2018 par Le Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état de santé des médecins, à la question « de manière générale, diriez-vous que votre santé est …», un quart des répondants s'évaluent « en moyen ou mauvais état de santé ». Plus de deux tiers (70%) des sondés déclarés en mauvaise ou moyenne santé n'ont pas de médecin traitant référent. [5] En France, la demande de soins des patients augmente, ce qui n'est pas le cas du nombre des médecins. Que ce soit l'impression de « *ne pas faire face* » à l'ensemble de la demande, de « *tout faire vite* » pour satisfaire le plus grand nombre ou encore « *la pression de la société, des patients* […] *l'exigence* », on constate que les facteurs qui conduisent à l'épuisement et le fait de s'user prématurément se multiplient. « *Beaucoup beaucoup de soignants ne vont pas bien* ». Tous les acteurs de santé avaient connaissance de ce mal - être des soignants, ainsi que l'existence chez les PS du « déni », qui donnerait cet « *effet de boule de neige* » où les PS ne se rendent pas compte qu'ils sont « *moins à l'écoute* », « *moins empathiques* » et qu'ils « *ne trouvent plus de sens à leur métier* ».

D'après DUSMENSIL H. et al.[22], dans une étude menée sur la prévalence et les déterminants de l'épuisement professionnel chez les médecins généralistes en ville, utilisant aussi les 3 dimensions de ce syndrome décrit par la psychologue sociale Christina MASLACH, on observait les différents déterminants qui pouvaient être en rapport avec un syndrome d'épuisement professionnel du soignant. Parmi les 511 médecins questionnés, 23% avaient un score d'épuisement professionnel élevé, 19,6% avaient un score de dépersonnalisation élevé et un score d'accomplissement personnel réduit chez 10,6%.

L'épuisement émotionnel élevé était manifestement associé aux déterminants comme la durée hebdomadaire de travail, la charge mentale au travail élevée (stress face aux patients en fin de vie, attentes irréalistes des patients) et la mise en cause par les patients des compétences du professionnel de santé.

Chez les soignants, la *déshumanisation de la relation à l'autre* a un impact beaucoup plus important que dans d'autres professions sur la qualité du travail, du fait de la relation d'aide omniprésente dans leur exercice. La déshumanisation atteignait un score plus élevé chez les hommes et chez des médecins confrontés à un conflit judiciaire ou à une plainte. Cette problématique d'emploi du temps et d'organisation entre la vie professionnelle et la vie personnelle était soulignée par les participantes. « *Le manque de temps* » et les difficultés organisationnelles pouvaient être des freins pour les soignants. Pour la plupart d'entre elles, envisager un temps de soin pour leur bien – être devrait se trouver dans des horaires convenables. Trois d'entre elles ont exprimé qu'elles « n'envisageraient pas » ce genre d'atelier « *le soir* » ou après leur « *temps de travail* ». Par contre, pour les deux PS pour lesquelles les séances se déroulaient sur leur temps de travail, la perte d'argent ou le fait de bloquer les consultations ne posait pas de problème. Toutes étaient d'accord avec le rythme mensuel des séances et l'horaire leur convenait bien.

L'étude de DUSMENSIL H. et al.[22] montrait que le *sentiment d'efficacité* par rapport à la prise en charge des patients et la satisfaction de la pratique ne diminuaient pas le score de l'épuisement professionnel.

4.2.2 Le déroulement des séances et leur contenu

La nouveauté et l'inconnu faisaient partie des motivations pour rejoindre ce groupe. Néanmoins, le processus de soin aux soignants le plus proche de cette expérimentation serait sans doute le groupe Balint.

Dans un groupe de Balint, les soignants entrent dans une démarche d'analyse des processus psychiques et affectifs inconscients lors d'une relation soignant – soigné afin de mieux les vivre. Les séances sont donc centrées sur des expériences professionnelles et des situations de soins. L'attention aux patients est directement présente pendant ces séances.[23] Au cours des séances de la nouvelle technique que le groupe étudié a expérimenté, l'exercice professionnel n'est pas du tout convoqué. On pourrait même dire que l'un des objectifs est qu'il soit en partie mis à distance pour que le soignant prenne du temps surtout pour lui. Mais, en développant sa capacité d'écoute de soi – même et de l'autre, on retrouve beaucoup plus indirectement qu'avec le Balint une finalité commune, qui est l'amélioration du service rendu et de la qualité des soins.

L'un des points qui mérite le plus d'attention est que plusieurs soignantes, outre un bienfait global ressenti suite aux séances, ont également exprimé qu'elles avaient le sentiment d'un retentissement positif sur leur vécu professionnel dans les suites de l'expérimentation :

« J'ai l'impression d'être *mieux ancré […]* dans la *relation d'aide* »

« Ça réinjecte *du bien - être partout* »

« Ça peut *aider dans le quotidien* »

« C'est *un petit plus* professionnellement et puis personnellement *encore plus* »

« Pour ma vie personnel, j'ai acheté une table et j'ai massé»

« Sur le plan personnel *indéniablement* »

« Sur le plan professionnel […] être *plus à l'écoute*, *plus proche* des gens, de mettre moins de distance »

4.2.3 Effectif du groupe, caractéristique des participants, supervision

Autres différences entre un groupe Balint et cette expérimentation : dans le premier cas, on retrouve un ensemble de soignants (8-12 participants par séance) et 1 à 2 leaders, de formation psychanalytique, ce qui peut donc amener à un nombre de 14 personnes au maximum. Pour cet atelier « soigner les soignants » le nombre maximal exprimé par les participantes était de 8 personnes. Le risque de perte de dynamique, que ce soit « moins gérable » et que ça puisse compliquer le bon déroulement des séances étaient les points négatifs énoncés pas les PS. Pour eux, il était « *obligatoire* » que ce soit en « *petit groupe* », idéalement entre « *6 et 8* » personnes.

Un autre aspect à mettre en relief est celui de la *pluridisciplinarité*. Le fondateur des groupes Balint proposait dans un premier temps des séances spécifiques pour les médecins généralistes pour évoluer vers une ouverture à tous les professionnels de santé. L'importance de la multi-professionnalité était soulignée dans ce projet et cela a été aussi perçu comme étant positif. Les intervenantes trouvaient que cela ne pouvait être qu'enrichissant de pouvoir « échanger avec des personnes qui ont d'autres pratiques ». Pour cette première expérimentation, la grande majorité des participantes était des médecins. L'explication est liée au fait que la personne initiatrice est médecin, a donc plus de connaissance avec des médecins : l'inter-professionnalité apparaît, mais n'en est qu'à ses débuts. Plusieurs PS ont exprimé que pour une expérience qui pouvait toucher à des aspects personnels, voire peut-être intimes du fait du toucher, même habillées, elles étaient rassurées par le fait de se connaître, ou à l'inverse un peu inquiètes par l'idée de ne pas connaître les autres. Il existait une ambivalence ou une diversité dans les réponses, puisque l'ouverture à d'autres personnes et à d'autres pratiques, était aussi décrite comme source d'enrichissement.

De même, il est frappant de constater que cette expérimentation n'a réuni que des femmes, de différentes tranches d'âge, certaines proches de la retraite, d'autres en milieu d'exercice, et enfin aussi des plus jeunes en début de vie professionnelle. Comment interpréter l'absence totale de soignants hommes ? Les filles accèdent-elles plus facilement au toucher ? Le sexe intervient-il dans le choix des personnes aidantes pour un soignant ? Les filles se comprennent-elles mieux entre elles, et les garçons entre eux ? Des différences dans leur rapport au travail interviennent-elles ? Le paragraphe sur l'arrivée éventuelle d'homme dans le groupe est intéressant. Expression d'interrogations, de freins ? Existe-t-il chez les hommes un phénomène de sexualisation du toucher qui modifierait la relation ? Toutes ces questions appellent forcément à de nouvelles expérimentations.

Une autre caractéristique de ce projet le rendant plus accessible aux soignants était l'autonomie. Alors que le déroulement d'une séance de groupe Balint demande la présence d'un voire deux leaders de formation psychanalytique, ce projet laissait la main libre aux professionnels de santé. L*a supervision* n'était pas du tout plébiscitée et l'autonomie du groupe était même revendiquée ; mais la présence d'une personne sensibilisée au déroulement d'une séance type semblait nécessaire pour les participantes.

Dans un contexte global français dans lequel la disponibilité des spécialistes formés en animation de groupe Balint n'est pas marquante, et dans lequel les aspects financiers des dispositifs prennent une valeur croissante, l'autonomie d'un groupe de soignants totalement transparent en termes de coût est un aspect à prendre en considération. Cette autonomie est facilitée par la formation des soignants travaillant dans des valeurs de bienveillance envers l'autre et pouvant réagir de façon adaptée en cas de réaction émotionnelle forte d'un des membres du groupe.

4.2.4 La spécificité la plus importante: le soin par le toucher par des soignants novices non formés

La spécificité la plus importante de cette expérimentation était qu'elle se basait avant tout sur le sens du toucher et sur un travail corporel, l'idée initiale étant d'essayer de contourner les pièges d'intellectualisation des ressentis fréquents chez les soignants, et de passer par d'autres canaux que la parole déjà très habituelle dans leur pratique. Le groupe a considéré que ça pouvait être « *un gros avantage* ». Pour certaines ça faisait partie des freins mais à l'issue des séances elles se sont rendu compte que « *tout être humain est capable* d'apporter quelque chose à l'autre par le toucher » et que « *on n'a pas besoin d'être formé* ». Ce résultat ne semblait pas joué d'avance et paraît l'un des plus marquants et spécifiques.

Allier le travail corporel à la parole était une proposition innovante et intéressante en fonction de participantes. Certaines ne se sentaient pas à l'aise avec cette idée mais n'étaient pas contre. Elles exprimaient « *un côté sécurisant* » issu de leur expérience de soignants et se basaient sur leur habitude à utiliser le sens du toucher dans leur exercice professionnel. La verbalisation du ressenti a été identifiée par une des participantes comme pouvant poser le plus de problèmes. Mais en globalité toutes étaient d'accord pour dire que l'association de ces deux éléments était indispensable et facilite cet aller – retour entre l'attention à soi – même et l'attention à l'autre.

4.2.5 Ressenti global de l'expérimentation

Toutes les professionnelles de santé avaient un point de vue très positif sur l'utilité de ce projet. L'expression du sentiment d'un résultat positif sur la qualité de vie professionnelle et personnelle est particulièrement encourageante et sans aucun doute le point le plus important de ce travail.

Globalement, cette expérience a été ressentie de façon homogène comme très positive par l'ensemble du groupe. Aucune soignante ne semble s'être trouvée en situation de difficulté, ne s'est sentie en danger dans cette expérimentation. Ces résultats sont donc à rapprocher des freins exprimés avant le début des séances.

Les participantes attendaient les séances avec impatience et étaient surprises de l'effet bénéfique que ça leur apportait, preuve de cet effet bienfaisant. Elles souhaitaient même qu'il soit diffusé à tous les professionnels de santé.

4.3 Perspectives

Leur exploration a débuté avec les idées exprimées dans les réponses par des soignantes aux dernières questions posées: un élargissement du groupe va-t-il pouvoir survenir, une plus grande ouverture à l'interprofessionnalité, à la mixité ? Le concept va-t-il pouvoir s'exporter dans d'autres territoires ? Dans d'autres secteurs du soin ?

L'enjeu central semble en effet être celui de la reproductibilité. La positivité ressentie d'une telle expérience peut-elle déjà se reproduire :

- en dehors du cadre contraint d'une expérimentation dans lequel les participantes avaient pris une sorte « d'engagement moral »
- avec un groupe différent ?
- dans une tranche horaire différente ?
- avec un brassage multidisciplinaire plus important ?
- en format mixte ?

- en l’absence de l’initiatrice du projet ?

L’expérience exposée apparaît seulement comme une esquisse, un coup d’essai. Mais le parcours semble encore long avant de pouvoir défendre une technique qui se souhaiterait diffusable et accessible à l’ensemble des soignants qui en exprimeraient le souhait.

Après deux ans de crise sanitaire ou le toucher n’était pas le sens le plus facile à utiliser dans la relation de soin, une reprise de l’activité du groupe est proposée à l’heure où l’écriture de cette thèse se termine en mars 2022, qui permettra peut-être de répondre à l’une ou à l’autre des questions posées au sujet de la reproductibilité.

V. CONCLUSION

Le travail de recherche qualitative qui a été présenté dans cette thèse portait sur le ressenti de professionnelles de santé ayant accepté de se livrer à une expérimentation totalement inédite : la participation à des séances dédiées à des soins préventifs entres soignants conjuguant l'utilisation du sens du toucher à celui de la parole.

Il s'agissait par cette étude de recueillir des premiers indices afin de déterminer s'il était pertinent d'aller plus loin dans cette direction à l'échelle du territoire de la CPTS Châteauroux and Co, ou bien si l'idée n'était pas pertinente et à abandonner.

La présentation de ce travail survient dans un contexte très particulier en France, mais sans doute également au-delà du territoire national. En effet, après deux ans d'une crise sanitaire sans précédent à l'époque contemporaine, le monde soignant semble lui-même comme en proie à une terrible crise de mal-être professionnel, à tel point que des termes comme « menace d'effondrement du système de santé » apparaissent dans les médias professionnels, politiques et grand public.

Cette situation ne fait qu'appeler à renforcer toutes les actions mises en place depuis quelques années en France pour observer et étudier la qualité de vie au travail des soignants, et former un nombre croissant de personnes d'orientation différente sur cette nouvelle discipline qu'est le soin aux soignants et toutes ses spécificités.

Malgré un faible effectif d'échantillonnage homogène, correspondant au format de l'expérimentation requérant un petit groupe de professionnels, il est possible de dégager de grandes dominantes de l'analyse des propos de la population interrogée.

En effet, l'intégralité des soignantes qui se sont prêtées au jeu de cette expérimentation ont déclaré y avoir trouvé une action très bénéfique, pendant les séances, avec même pour certaines un prolongement de l'effet dans leur vie personnelle et professionnelle.

Cette unanimité dans ce petit groupe doit donc pouvoir encourager les premiers soignants qui se sont livrés à cette expérience à la renouveler dans d'autre conditions, afin de déterminer si ce qu'ils ont pu ressentir, observer et constater est susceptible d'apporter quelque chose à d'autres professionnels de santé, à une période dans laquelle toute initiative ou idée allant dans le sens d'un mieux-être du monde soignant semble bonne à prendre.

VI. Bibliographie

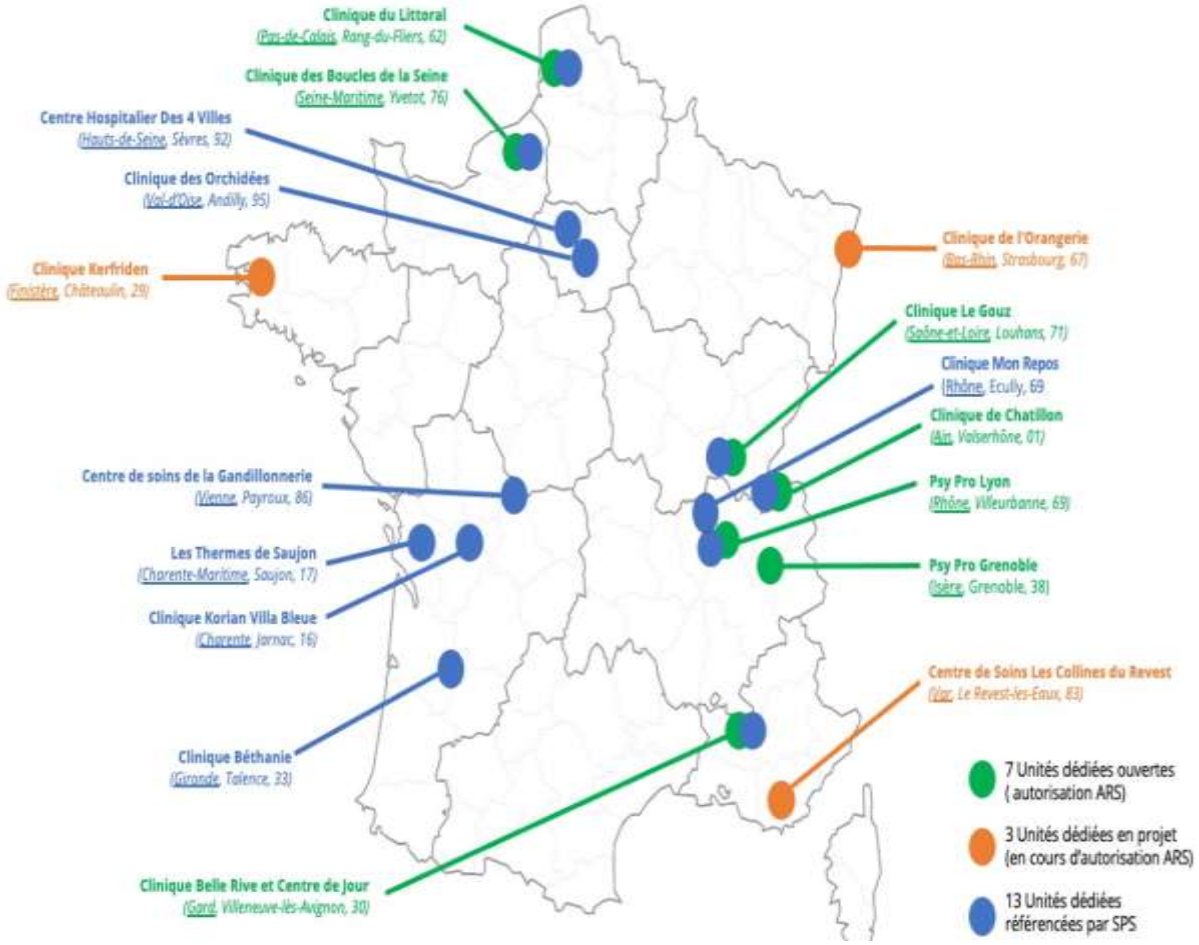
1. SPS, CNPS. « Souffrance des professionnels de santé : nécessité d'un parcours de soin dédié. » Communiqué de presse. 14 janvier 2016. [En ligne]. [Consulté le 18/03/2022]. Disponible sur : https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjvrpbmxc_2AhUD1BoKHaHQCmIQFnoECAQQAQ&url=https%3A%2F%2Ffiles.asso-sps.fr%2Fassets%2Fcommuniqu%25C3%25A9-de-presse-cnps-sps.pdf&usg=AOvVaw2yv7-knkSLpRkjzkdQhhwz
2. Veronique DUQUEROY, Burn out des médecins français : enquête 2020, Medscape. 2020 [En ligne]. [Consulté le 06/09/2021]. Disponible sur : https://francais.medscape.com/diaporama/33000229#1
3. ISNI. « Tous les 18 jours, un interne en médecine se suicide. » Communiqué de presse. 6 avril 2021 [En ligne]. [Consulté le 18/03/2022]. Disponible sur : https://isni.fr/tous-les-18-jours-un-interne-en-medecine-se-suicide/
4. HAS. Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Recommandation de bonne pratique. 2017. [En ligne]. [Consulté le 14/10/2021]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2769318/fr/reperage-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout
5. Patrick BOUET. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La santé des médecins : un enjeu majeur de santé publique. Du diagnostic aux propositions. 2018. [En ligne]. [Consulté le 17/09/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cnom-sante_medecins-2017.pdf
6. Dis donc, t'as ton doc ? une campagne pour prendre soin de ceux qui soignent. Avril 2017. [En ligne]. [Consulté le 15/09/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/dis-doc-t-as-ton-doc-une-campagne-pour-prendre-soin-de-ceux-qui-soignent
7. Ministere des Solidarités et de la Santé, BUZYN A., " Observatoire national de la qualité de vie au travail: premier bilan un an et demi après son installation." Communiqué de presse. 5 décembre 2019 [En ligne]. [Consulté le 21/03/2022]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-premier-bilan-un-an-et
8. Conférence régionale de la santé et de l'autonomie. Centre Val de Loire. Feuille de route. 4 mars 2022.
9. De Cathel KORNIG, Christophe MASSOT, Christian REVEST. Les enseignements des premiers clusters sociaux QVT dans les établissements de santé. Synthèse du rapport

d'évaluation. Anact. 2019. P 2-6. [En ligne]. [Consulté le 18/10/2021]. Disponible sur : https://www.anact.fr/les-enseignements-des-premiers-clusters-sociaux-qvt-dans-les-etablissements-de-sante-synthese-du

10. Ministère des Solidarités et de la Santé. Observatoire National de la Qualité de Vie au Travail des professionnels de santé et du médico – social. 23.02.2022. [En ligne]. [Consulté le 21/03/2022]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-et-travail/observatoireQVT/article/observatoire-national-de-la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de
11. Diplôme Inter - Universitaire Soigner les soignants. Devenir un soignant – accompagnant. 2019. [En ligne]. [Consulté le 22/03/2022]. Disponible sur : http://diu-soignerlessoignants.fr/?page_id=54772
12. Ministère des affaires sociales et de la santé. Risques psychosociaux des internes, chefs de clinique et assistants (médecine, pharmacie et odontologie). Guide de prévention, repérage et prise en charge. [En ligne]. [Consulté le 18/10/2021]. Disponible sur : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_guide_risques_psychosociaux_280217.pdf
13. M. MAURY, P. TAOUREL. (sous la direction de). Les médecins ont aussi leurs maux à dire. Toulouse: Erès, 2019. 251 p.
14. J.J. ORMIERES, L'offre pour prendre soin et soigner les soignants. [Diplôme inter universitaire]. Paris. France. 2022. Université Paul Sabatier Toulouse, Université Paris – Diderot, Paris.
15. REZNIK Florence. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. *Le Journal des psychologues*, 2009/7 (n° 270), p. 29-30. DOI : 10.3917/jdp.270.0029. [En ligne]. [Consulté le 18/10/2021]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2009-7-page-29.htm
16. DIDIER F., Facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel en maison de santé pluriprofessionnelle: enquête auprès de dix – sept médecins généralistes par entretiens semi – directifs [these d'exercice]. France. Université de Poitiers. 2013.
17. Ameli. Communautés professionnelles territoriales de santé : décryptage de l'accord signé. 1er septembre 2019. . [En ligne]. [Consulté le 14/12/2021]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/medecin/actualites/communautes-professionnelles-territoriales-de-sante-decryptage-de-laccord-signe
18. KRIPPENDORF K., Content analysis : an introduction to its methodology. 2nd Edition. Sage Publication. Thoussand Oaks CA. 2003

19. STRAUSS A., CORBIN J., Basics of Qualitative Research. Techniques and Procedures for Developping Grounded Theory. 2nd Edition. Sage Publications. Thoussand Oaks. CA. 1998.
20. ANDREANI J.C, COCHON F., Les études Qualitatives en Marketing. Cahier de recherche. ESCP-EAN. N° 01 – 150.2001.
21. FRAPPE P., Association française des jeunes chercheurs en médecine générale, Initiation à la recherche. France. Global Media Santé, CNGE, 2018, 224p
22. DUSMESNIL Hélène, SALIBA-SERRE Bérengère, REGI Jean-Claude *et al.*, Épuisement professionnel chez les médecins généralistes de ville : prévalence et déterminants, *Santé Publique*, 2009/4 (Vol. 21), p. 355-364. DOI : 10.3917/spub.094.0355. [En ligne]. [Consulté le 15/10/2021]. Disponible sur : https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2009-4-page-355.htm
23. Société Médicale Balint France. Les Groupes Balint. [En ligne]. 2022 [Consulté le 01/04/2022]. Disponible sur : https://www.balint-smb-france.org/
24. LEBEAU J – P., Groupe Universitaire de recherche qualitative médicale francophone, Initiation à la recherche qualitative en santé. Le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire, France. Global Media Santé, CNGE, Janvier 2021, 192 p.

Annexe 1


Clinique du Littoral
(Pas-de-Calais, Rang-du-Fliers, 62)
Clinique des Boucles de la Seine
(Seine-Maritime, Yvetot, 76)
Centre Hospitalier Des 4 Villes
(Hauts-de-Seine, Sèvres, 92)
Clinique des Orchidées
(Val-d'Oise, Andilly, 95)
Clinique Kerfriden
(Finistère, Châteaulin, 29)
Clinique de l'Orangerie
(Bas-Rhin, Strasbourg, 67)
Clinique Le Gouz
(Saône-et-Loire, Louhans, 71)
Clinique Mon Repos
(Rhône, Ecully, 69
Clinique de Chatillon
(Ain, Valserhône, 01)
Centre de soins de la Gandillonnerie
(Vienne, Payroux, 86)
Psy Pro Lyon
(Rhône, Villeurbanne, 69)
Les Thermes de Saujon
(Charente-Maritime, Saujon, 17)
Psy Pro Grenoble
(Isère, Grenoble, 38)
Clinique Korian Villa Bleue
(Charente, Jarnac, 16)
Centre de Soins Les Collines du Revest
(Var, Le Revest-les-Eaux, 83)
Clinique Béthanie
(Gironde, Talence, 33)
Clinique Belle Rive et Centre de Jour
(Gard, Villeneuve-lès-Avignon, 30)
7 Unités dédiées ouvertes
(autorisation ARS)
3 Unités dédiées en projet
(en cours d'autorisation ARS)
13 Unités dédiées
référencées par SPS

Annexe 2

SOIGNANTS ET PRESENTS

Proposition originale de soin entre professionnels de santé
CPTS Châteauroux & Co groupe 3 Prendre soin des soignants -2018

OBJECTIFS POUR LE SOIGNANT

- Améliorer sa capacité d'écoute, son empathie et sa prise en compte de la globalité d'une situation
- Développer son aptitude à porter son attention à l'autre et à soi-même dans un même temps de soin
- Modérer le contraste entre vie professionnelle et extraprofessionnelle en réhabilitant le bien-être en situation de soin
- Utiliser le cadre de soin proposé comme temps thérapeutique pour lui-même

CADRE GENERAL

- Formation d'un groupe pluri-professionnel de 6 à 12 membres prêts à s'engager dans cette expérimentation pour 8 séances mensuelles de 2 heures sur une année scolaire
- Validation de la présence des membres à chaque séance comme reconnaissance de la démarche et indemnisation à la hauteur des moyens de la CPTS
- Détermination d'une plage horaire située si possible pendant les heures habituelles de travail, sur consensus du groupe
- Expérimentation originale susceptible de faire l'objet d'un travail de recherche au cours duquel pourront être réalisés des entretiens semi-dirigés avec les membres participants afin d'évaluer la pertinence de la proposition

METHODE

Travail par binôme formés à chaque nouvelle séance. 3 temps principaux par séance :

- • Temps 1 : le soignant A réalise le soin, le soignant B le reçoit
- • Temps 2 : on inverse les rôles
- • Temps 3 : tour de parole en groupe et partage du ressenti de chacun

La plus grande partie du soin est consacrée à un travail de toucher, suivi par un court temps de verbalisation en binôme.

Le toucher est l'un des sens susceptibles d'aider le soignant à explorer les aspects émotionnels et personnels les moins modélisables de la relation de soin, et à déjouer les pièges de l'intellectualisation fréquemment présente chez les professionnels de santé.

Il est donc utilisé comme vecteur et catalyseur de prise de conscience des aspects non verbaux de son exercice et de son mode relationnel en situation de soin.

Le soignant en position de le réaliser le soin est encouragé à se faire confiance pour créer un soin personnalisé, différent à chaque séance, adapté à ce qu'il ressent chez l'autre et chez lui-même au temps « T ». Il peut allier des temps de toucher statiques, à des temps de toucher dynamiques proches du massage, qui seront travaillés en groupe.

Le protocole de soin se veut donc libre, mais dans un cadre précis, avec des règles de bons sens dont le soignant est informé au cours des premières séances et qu'il intègre au fur et à mesure de sa pratique.

Le professionnel recevant le soin doit se sentir en sécurité de façon à pouvoir lâcher prise au fil des séances et accéder à des informations sur ses propres réactions et ressentis intervenant dans sa relation à l'autre et dans sa vie professionnelle, pouvant éventuellement laisser apparaître des difficultés personnelles qui pourront être travaillées dans d'autres cadres si besoin.

Annexe 3

Trame de l'entretien semi-dirigé avant le début des séances

1er temps : Explication du protocole : Enregistrement des entretiens de façon anonyme. Ils peuvent s'y opposer à tout moment. Prise de notes en plus de l'enregistrement numérique

2ème temps :

Questions générales

1 – Qu'est-ce qui vous a motivé ou inspiré pour accepter la participation à cette expérience ?

(Relance : Quelles sont vos attentes envers ce protocole de travail psychocorporel ?)

2 - Quelles sont vos réserves en ce qui concerne ce projet ?

(Relance : Pouvez-vous me parlez de vos craintes, les freins ?)

Questions thématisées

3 – L'expérience pose un cadre précis de temps de soin en groupe, pour certains sur le temps de travail. Qu'en pensez-vous ?

4 – Le travail est réalisé à partir d'un petit groupe professionnel pluridisciplinaire en autonomie, sans supervision. Qu'en pensez-vous ?

5 – Le projet formule l'hypothèse que prendre soin de soi – même aide à mieux soigner. Qu'en pensez-vous ?

6 – Le projet se base sur un dispositif qui allie le travail corporel au travail de parole ? Qu'en pensez-vous ?

7 – Le choix a été fait de proposer ce projet à des professionnels sans expérience spécifique dans le soin psychocorporel, afin qu'il soit accessible à tous. Qu'en pensez-vous ?

Trame de l'entretien semi-dirigé après les séances

1er temps : Explication du protocole : enregistrement des entretiens de façon anonyme. Ils peuvent s'y opposer à tout moment. Prise de notes en plus de l'enregistrement numérique

2ème temps :

Questions générales

1- Que pouvez-vous dire de votre expérience par rapport à vos attentes initiales ?
2- Que pouvez-vous dire de votre expérience par rapport à vos réserves initiales ?

Questions thématisées

3- L'expérience a posé un cadre précis de temps de soin en groupe, parfois sur le temps de travail. Qu'en avez-vous pensé?

(Relance : Que pensez-vous de l'utilité du temps consacré pour ce projet même si parfois les séances se déroulaient sur votre temps professionnel ?

4- Le travail a été réalisé à partir d'un petit groupe professionnel pluridisciplinaire en autonomie, sans supervision. Qu'en avez-vous pensé?
5- A propos de l'alliance entre le travail corporel et le travail de parole: quels sont vos ressentis ?
6- A propos de l'absence d'expérience initiale du groupe, dans une perspective d'accessibilité à tous : quels sont vos ressentis ?
7- Le projet a formulé l'hypothèse que prendre soin de soi – même aide à mieux soigner. Quel sont vos ressentis sur l'impact de cette expérience dans :
   -votre vie professionnelle ?
   -votre vie personnelle ?
8- Globalement, comment est-ce que vous avez vécu cette expérience ? La recommanderiez-vous à des collègues ?

Questionnaire sur feuille libre à remplir

1. Sexe : féminin ou masculin

2. Quel est votre âge ?

3. Quel est votre statut professionnel (libéral ou salarié) ?

Annexe 4 :

Glossaire [24]

Approche par analyse interprétative phénoménologique : il permet d'observer la manière dont une expérience vécue est ressentie par la personne.

Entretien individuel semi - dirigé : méthode d'enquête qualitative où le chercheur questionne directement le sujet en utilisant une grille préétablie de questions ouvertes.

Échantillonnage homogène (ciblé ou raisonné) : permet de se focaliser sur une population particulière, réduite et d'utiliser les résultats à des fins de comparaison non statistiques. La variation de l'échantillonnage n'est pas réalisée par une recherche de cas extrêmes.

Verbatim : représente les données brutes de l'enquête, la mise à plat par écrit**,** mot à mot des entretiens.

Codage ouvert : procédure de codage ouvert et inductive reposant sur la lecture ligne par ligne des données puis sur la recherche le classement et la comparaison des données.

Codage axial : travail intellectuel qui consiste à interpréter les données en délimitant des concepts, idées de base ou sous - catégories pour ensuite les comparer et les regrouper en dimensions plus globales soit en catégories.

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Grigore Otilia – Veronica, (Ferencz – Grigore)
74 pages – 1 tableau – 2 figures

Résumé

Contexte : Les situations de souffrance au travail des soignants augmentent et les dispositions de prévention et thérapeutiques en ambulatoire sont peu nombreuses.
Objectif : Explorer les ressentis des professionnels de santé en amont et à l'issue de la phase d'expérimentation d'ateliers mensuels de soins entre soignants alliant le toucher et la parole dans le cadre de la CPTS Châteauroux and Co.
Matériel et méthode : Enquête qualitative par entretiens individuels semi – dirigés de professionnels de santé ayant participé à cette expérience. Enregistrement des entretiens, retranscription des verbatims et analyse de leur contenu.
Résultats : L'intégralité du groupe des six soignants a été interrogée avant et après une série de huit séances de soins entre soignants. Globalement, cette expérience a été ressentie de façon très positive. Les réserves principales exprimées étaient le manque de disponibilité et pour certains, des appréhensions sur leur capacité à soigner par le toucher. Elles ont pu être levées rapidement dès les premières séances. Le ressenti d'un impact positif sur leur vie professionnelle et personnelle a été exprimé par une majorité. L'absence de supervision et de nécessité d'une expérience antérieure pour y participer étaient envisagés comme des atouts pour l'accessibilité à tous.
Conclusion : Le ressenti positif des soignants ayant participé à cette expérimentation doit amener à s'intéresser à sa reproductibilité dans des conditions et avec des participants différents, afin de déterminer si la méthode pourrait constituer une nouvelle proposition pérenne de soins préventifs entre soignants.
Mots clés : Professionnel de santé, Soignants, Epuisement professionnel / Prévention et contrôle, Souffrance au travail, Soins ambulatoires, Relations interprofessionnelles, Pratiques psychocorporelles, CPTS

Jury :

Président du Jury :
Professeur Philippe COLOMBAT, Hématologie, Professeur Emérite, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :
Directrice de thèse **: Docteur Céline TERRACHER,** Médecine Générale
Codirectrice de thèse **: Docteur Laurence PHILIPPE,** Médecine Générale
Professeur Clarisse DIBAO – DINA, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine - Tours
Professeur Jean – Philippe COTTIER, Radiologie et Imagerie médicale, Faculté de Médecine – Tours
Docteur Paul BRUNAULT, Psychiatrie et Addictologie, MCU – PH, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : **28 juin 2022**