

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



*Le cadre de santé
face au syndrome d'épuisement >
professionnel soignant en EHPAD*

Christelle BIGOT

DCS@12-13

42 Bd Jourdain 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.58.61.68.59



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des Auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris

Remerciements

Tout d'abord, je remercie :

- M. G. DESSERPRIT, Directeur de la formation cadre de santé de l'Ecole Supérieure Montsouris (ESM), pour son écoute et ses conseils avisés ;
- M. C. LECLAND, Cadre Supérieur de santé du secteur personnes âgées du Centre Hospitalier de l'Agglomération Montargoise, pour son soutien et ses remarques constructives ;
- mon amie E. RANIVOALISON pour sa maîtrise du français et de l'orthographe lors de la relecture de mon mémoire.

Enfin, je tiens tout particulièrement à exprimer ma reconnaissance à ma famille :

- mes parents qui m'ont encouragée et aidée cette année ;
- mes enfants Antoine, Valentine, Victor et Angèle, pour leurs câlins réconfortants, leur compréhension et leur patience ;
- mon époux, pour sa formidable gestion quotidienne de la maison, toutes ses attentions et son soutien à mon égard.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS.....	3
INTRODUCTION	4
1 MES QUESTIONNEMENTS DE DEPART	5
1.1 Introduction.....	5
1.2 Mes réflexions	7
1.3 Mes préjugés	8
1.4 Ma question de départ	9
2 MON CADRE CONCEPTUEL	10
2.1 Le syndrome d'épuisement professionnel soignant	10
2.1.1 L'épuisement	10
2.1.2 Professionnel	11
2.1.3 La définition du syndrome d'épuisement professionnel soignant	11
2.2 Le stress et les mécanismes d'adaptation	13
2.2.1 Le stress	13
2.2.2 Les mécanismes d'adaptation	14
2.3 La description du SEPS	20
2.4 Les facteurs de risques du SEPS.....	21
2.4.1 Le travail soignant.....	21
2.4.2 Les facteurs de risques du SEPS.....	27
2.4.3 Les spécificités de l'EHPAD	32
2.5 Le rôle et les missions du cadre de santé dans le SEPS	34
2.5.1 La législation	34
2.5.2 La prévention du SEPS	35
2.5.3 Le dépistage.....	39
2.5.4 La prise en charge	39

2.6	Les risques psychosociaux	41
2.6.1	La définition.....	41
2.6.2	Les aspects législatifs.....	42
3	MES HYPOTHESES	43
4	LA METHODE	45
4.1	Le questionnaire	45
4.2	Les entretiens	46
4.3	Les conditions d'enquête	47
4.4	Les conditions d'entretien	48
5	LES RESULTATS	49
5.1	Les questionnaires	49
5.1.1	La population interrogée.....	49
5.1.2	Les réponses au questionnaire.....	53
5.2	Les entretiens	71
5.2.1	La population interrogée.....	71
5.2.2	L'analyse des entretiens.....	71
5.3	Difficultés et limites de l'enquête et des entretiens	75
5.3.1	Le questionnaire.....	75
5.3.2	Les entretiens.....	75
5.4	Ma synthèse	76
	CONCLUSION	78
	BIBLIOGRAPHIE	79
	TABLE DES ANNEXES	84

Liste des abréviations

AMP :	Aide Médico-Psychologique
AS :	Aide-Soignante
ASH :	Agent de Service Hospitalier
EHPAD :	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EPP :	Évaluation des Pratiques Professionnelles
ESM :	École Supérieure de Montsouris
FFCS :	Faisant Fonction de Cadre de Santé
IDE :	Infirmière Diplômée d'État
INRS :	Institut Nationale de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles
MBI :	Maslach Burnout Inventory
RPS :	Risques Psycho-Sociaux
SEPS :	Syndrome d'Épuisement Professionnel Soignant
USLD :	Unité de Soins Longue Durée

Introduction

Au cours de sa formation de cadre de santé, l'étudiant doit réaliser un travail d'initiation à la recherche. Après un temps de réflexion, le thème de l'épuisement professionnel s'est imposé à moi.

En effet, c'est un sujet dont les médias parlent beaucoup lors d'affaires de suicides sur le lieu de travail ou de harcèlement dans certaines entreprises, que ce soit en France ou à l'étranger. Ainsi dans le domaine de la santé, les articles d'informations et de recherches sur l'épuisement professionnel soignant sont récurrents depuis une dizaine d'année.

De plus, lors de mon exercice professionnel de 15 années en tant qu'infirmière diplômée d'état et de 5 années d'encadrement, j'ai été confrontée à des difficultés d'équipe dont je ne comprenais pas la signification. Des évènements qui se sont déroulés avant mon départ en formation m'ont rappelé ces sensations et conforté dans le choix de ce thème.

Je débute ce travail en déroulant le cheminement qui m'a amené à ma question de départ.

Ensuite, je développerai mon cadre conceptuel sur le syndrome d'épuisement professionnel soignant afin de répondre à mes interrogations.

Après j'en dégagerai une problématique pour établir mes hypothèses de travail.

Puis, j'expliquerai la méthode d'enquête et d'entretien choisie et en réaliserai l'analyse des résultats, sans omettre d'en lister les limites et les difficultés.

Enfin je terminerai par une synthèse de ce travail avant de conclure.

1 Mes questionnements de départ

1.1 Introduction

Avant de débiter la formation de cadre de santé, j'occupais le poste de faisant fonction de Cadre de Santé (FFCS) dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) ayant une Unité de Soins Longues Durées (USLD) depuis 2 ans ½. Lors des derniers entretiens annuels d'évaluation¹ que j'ai réalisés auprès des agents² (Infirmières Diplômé d'Etat (IDE), Aides-Soignantes (AS) et Agents de Service Hospitalier (ASH)), j'ai perçu un épuisement plus important que les années précédentes. Certains soignants l'ont exprimé verbalement (« *je suis fatiguée* » ; « *je suis épuisée* » ; « *je n'en peux plus* »...) et d'autres par quelques larmes retenues.

Afin de mieux appréhender ces situations, je vous présente le contexte. Le personnel a vécu durant l'année et demi précédente un déménagement avec changement de lieu (de structure), d'équipe (mixage de 2 équipes avec quelques agents d'autres unités) et de résidents³ (que certains connaissaient depuis plusieurs années). Ces transformations se sont accompagnées d'une modification d'organisation suite au départ du médecin coordinateur (il a travaillé pendant 40 ans dans les structures de personnes âgées) et au changement de la Direction (Directeur du « *secteur personne âgée* »⁴ et Cadre Supérieur de Santé).

À l'issue des entretiens d'évaluation, j'ai retenu ce que les soignants ont exprimé. La charge de travail était ressentie comme plus lourde et plus pénible à gérer que les années précédentes. Ils identifiaient les causes de ce malaise soit :

➤ par la baisse du nombre de personnel dans les unités consécutive à la restructuration du « *secteur personnes âgées* » lors du déménagement,

¹ Les entretiens individuels annuels sont l'occasion de favoriser l'échange entre le cadre de santé et les agents sur les thèmes comme : le travail, les besoins de formation, le projet professionnel, les relations interpersonnel et d'équipe... Ce rendez-vous doit être constructif pour le collaborateur et le cadre de santé.

² Dans tout ce travail considérer que agent = professionnel de santé = soignant, c'est-à-dire AS, IDE, ASH ou AMP (Aide Médico-Psychologique).

³ Nom général donné aux personnes âgées vivant en EHPAD.

⁴ Ce secteur est composé de 4 structures sur 2 sites différents, de 382 lits au total.

➤ par l'accentuation de la perte d'autonomie des résidents vieillissants (donc de la dépendance⁵ et de la charge de travail),

➤ par la mauvaise « répartition »⁶ des personnes âgées dans les structures et les unités (les agents pensaient que les résidents bénéficiant de soins lourds étaient concentrés dans leur unité).

De plus, beaucoup d'agents dans leurs discours avaient le sentiment d'une « trahison » (de s'être fait avoir) par la Direction. Que « l'espoir » d'amélioration des conditions et de la qualité de travail suscité par le déménagement dans une nouvelle structure n'avait été qu'un leurre.

⁵ « Le fait pour une personne de dépendre de quelqu'un (ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne » selon *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 498.

⁶ « Opération qui consiste à répartir quelque chose, à partager », *Ibid.*, p 1669.

1.2 Mes réflexions

Ce que je viens d'exposer est un mélange de ressenti⁷, d'interprétation⁸ et de factuel⁹. Je vais débiter ma réflexion par le sentiment partagé entre les soignants et moi : l'épuisement. Ce mot est cité à plusieurs reprises, au détour des entretiens d'évaluation des agents. Il n'existe pas de faits¹⁰, c'est de l'ordre du ressenti, de la sensation de celui qui l'exprime. À chaque fois que dans ces échanges le mot d'épuisement était utilisé, nous semblions, mes interlocuteurs et moi, comprendre ce dont nous parlions.

De plus, moi-même, lorsque je parle d'épuisement du groupe soignant ou alors d'un agent en particulier avec mes collègues cadres ou ma cadre supérieure de santé, c'est mon ressenti par rapport à des situations ou des comportements observés.

Nous utilisons tous le même terme, mais que mettons-nous exactement derrière le mot « *épuisement professionnel* » ? Quelle définition lui donner ? Est-ce la même chose que le « *burnout* » ? Et surtout, comment faire pour ne pas rester sur du ressenti, de l'impression ou dans une interprétation rapide ? Quels sont les signes d'appel ? Est-ce fluctuant, passager ou chronique ?... Globalement, qu'est-ce que vraiment l'épuisement professionnel ?

⁷ « *Eprouver (une sensation, un sentiment) de façon agréable ou pénible* » selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 884.

⁸ « *Action de donner une signification* » selon *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 1023.

⁹ « *Qui s'en tient aux faits, qui présente les faits sans les interpréter* » selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 426.

¹⁰ « *Ce qui est fait, ce qui existe ; réalité* » *ibid.*, p 428.

1.3 Mes préjugés

Je vais continuer ma réflexion sur plusieurs préjugés¹¹ que j'ai avant de débiter ce travail sur l'épuisement professionnel.

Tout d'abord, je soutiens l'idée que les soignants travaillant dans le secteur des EHPAD-USLD développent plus couramment un épuisement professionnel. D'une part parce que, selon moi, les conditions de travail difficiles (ratio personnels/résidents) associées à la routine (s'occuper des mêmes résidents avec les mêmes habitudes chaque jour) favorisent l'épuisement professionnel. Et d'autre part, parce que les changements successifs (déménagement, changements de direction, de collègues,...) y contribuent.

Enfin, la non-valorisation par les « *autres* » (personnes qui vous entourent) du travail des soignants en EHPAD-USLD participe à l'épuisement professionnel. Afin d'être un peu plus explicite, voire caricaturale, lorsque vous dites à un individu que vous travaillez en chirurgie, il vous félicite alors que si vous lui dites que vous travaillez auprès des personnes âgées, il vous répond « *ma pauvre* » un peu « *gêné* » et condescendant¹²...

Ces observations issues de mon expérience professionnelle me conduisent à ces questionnements : Est-ce qu'il existe des facteurs de risques ou/et des accélérateurs de l'épuisement professionnel ? Est-ce que le lieu d'exercice a une importance sur cet épuisement ? Et surtout, en tant que futur cadre de santé, que faire ?

¹¹ « *Opinion adoptée sans examen, par généralisation hâtive d'une expérience personnelle ou imposée par le milieu, l'éducation* » selon *ibid.*, p 818.

¹² « *Hautain, dédaigneux* », selon *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 367.

1.4 Ma question de départ

Le terme d'épuisement professionnel est utilisé dans le langage courant. Il n'est pas forcément tabou, mais il n'est pas travaillé, ni approfondi, il est simplement éludé¹³. C'est pourquoi j'ai choisi d'orienter ce mémoire sur ce thème. Plus précisément, sur ce qui ressort de mes réflexions et de mes interrogations, en posant comme question de départ à mon travail :

« Quel est le rôle du cadre de santé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'épuisement professionnel au sein d'un EHPAD ? »

J'ai fait le choix de centrer ce travail sur l'EHPAD en ne parlant pas de l'USLD. Ainsi je reste cohérente tout au long de mon mémoire. En effet, il y a de réelles différences entre les 2 structures de soins¹⁴ en grande partie, de par le type de population accueillie et le statut.

¹³ « Eviter avec adresse », *ibid.*, p 621.

¹⁴ « Les unités de Soins de Longue Durée, les USLD sont réservées aux personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état de santé nécessite une surveillance médicale permanente, des soins continus (affection chronique grave) et un suivi médical conséquent. Les USLD relèvent du secteur sanitaire. Pour autant, elles fonctionnent comme des EHPAD (obligation de passer « une convention tripartite » et modalités de tarification identique). »

« Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont tenus de passer, en application de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, une convention pluriannuelle avec le Président du Conseil Général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie représentée par le Directeur général de l'ARS. La convention tripartite a vocation à définir les axes stratégiques d'évolution de l'établissement pour les années à venir. », selon le site consulté le 13/03/13 : <http://www.ars.nordpasdecalais.sante.fr/Convention-tripartite-EHPAD.144607.0.html>

2 Mon cadre conceptuel

Pour tenter d'apporter des réponses à toutes mes questions, j'ai lu des articles, quelques livres et fait des recherches sur internet. Ce sujet de l'épuisement professionnel est vaste, certains auteurs mettent en avant des concepts différents, voire même parfois contradictoires. C'est pour ces raisons que je n'ai retenu dans cet écrit que les éléments qui me semblent importants et qui trouvent un écho en moi.

Pour commencer, je vais définir l'épuisement professionnel soignant. Puis je développerai les notions de stress et de mécanismes d'adaptation. Ensuite, je décrirai le syndrome d'épuisement professionnel soignant et en préciserai les facteurs de risques. Enfin, j'énoncerai les rôles et les missions du cadre de santé pour terminer sur la définition des risques psycho-sociaux.

2.1 Le syndrome d'épuisement professionnel soignant

Je vais d'abord m'attarder sur la définition de l'épuisement professionnel, en détaillant chaque mot. Puis, en m'appuyant sur l'historique du « *burnout* », j'en préciserai la définition que j'ai retenue.

2.1.1 L'épuisement

Selon le dictionnaire Le Petit Robert, l'épuisement est l'« *action d'épuiser* ». Le verbe épuiser signifie : « *réduire à un affaiblissement complet (les forces, la santé de quelqu'un)* », et les synonymes proposés sont « *accabler, affaiblir, exténuer, fatiguer, harasser, user* ». ¹⁵

¹⁵ *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 676.

2.1.2 Professionnel

Le mot « professionnel » est défini comme « *relatif à la profession, au métier* ». Le terme « profession » lui signifie une « *occupation déterminée dont on peut tirer ses moyens d'existence* » et « *métier, fonction, état* »¹⁶ sont proposés comme synonymes.

En réalisant une synthèse de ces 2 définitions je peux dire que l'épuisement professionnel est une fatigue intense liée à son activité professionnelle. Mais cette définition reste imprécise, applicable à tous les métiers et je souhaite aborder spécifiquement l'épuisement des professionnels soignants.

2.1.3 La définition du syndrome d'épuisement professionnel soignant

Avant de définir l'épuisement professionnel soignant, il me semble important de préciser l'historique de son apparition. En effet, l'épuisement professionnel a été défini tout au long de ces dernières années et chacune des définitions apporte des précisions importantes.

2.1.3.1 L'historique

L'historique du Syndrome d'Épuisement Professionnel Soignant (SEPS) varie suivant les auteurs. Je garde celle de P. Canoui¹⁷ et A. Mauranges¹⁸ et ne retranscris que les points qui me paraissent essentiels.

D'après eux, en 1970, H. Freudenberger, psychiatre et psychanalyste, est le premier à utiliser le terme de « *burnout* »¹⁹ pour caractériser l'état des volontaires travaillant avec lui auprès de toxicomanes. En 1980, ce médecin explique le choix de ce terme ainsi : « *les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes,*

¹⁶ Ibid., p 1539.

¹⁷ Psychiatre. Docteur en éthique médicale. Praticien hospitalier à l'hôpital Necker-enfants malades.

¹⁸ Psychologue clinicienne hospitalière. Psycho-victimologue et hypnothérapeute.

¹⁹ Traduction : « *Brûlage* » ou « *épuisement* », selon le site : <http://dictionnaire.reverso.net/anglais-francais/> (consulté le 06/03/13).

ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».²⁰

Plus tard, vers 1975, C. Maslach²¹ et son équipe ont élaboré un instrument de mesure, le « *Maslach burnout inventory (MBI)* » (Annexe 1 : Echelle MBI) pour étayer la définition du « *burnout syndrome* » en utilisant ses signes et permettre ainsi de l'évaluer.

Ensuite, G. North²² et H.J. Freudenberger²³ développent la notion de « *processus évolutif* », du SEPS dans le temps.

Enfin actuellement, en France, les termes de syndrome d'épuisement professionnel soignant (SEPS) ou « *burnout syndrome* » sont utilisés indifféremment. Ce concept spécifique aux soignants a une double origine. Il est issu d'une part « *de l'analyse de la relation d'aide²⁴, des difficultés et des enjeux qui y sont rattachés et d'autre part de l'étude du stress²⁵ professionnel et de ses effets sur l'individu et l'organisation du travail* ».²⁶

2.1.3.2 La définition du SEPS

La définition de D. Bédard²⁷ et A. Duquette²⁸ synthétise toutes les pistes explorées depuis les années 70 que je viens d'exposer. Je retrouve donc les notions de processus, d'individualité, de stress, de travail et de relation d'aide.

« *L'épuisement professionnel est une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens* »²⁹.

Afin d'appréhender au mieux cette définition, je vais essayer de comprendre ce qu'est le stress et comment se manifeste le « *burnout syndrome* ».

²⁰ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 6.

²¹ Psychologue américaine spécialisée dans les domaines de l'épuisement et le stress au travail.

²² Psychologue américaine.

²³ Psychologue et psychothérapeute américain.

²⁴ Défini dans le chapitre 2.4.1 « *le travail soignant* », p 51.

²⁵ Défini dans le chapitre 2.2 « *la définition du stress* », p 13.

²⁶ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 7.

²⁷ Psychologue de l'éducation canadien.

²⁸ Psychologue canadien.

²⁹ Ibid., p 17.

2.2 Le stress et les mécanismes d'adaptation

Le mot stress est beaucoup utilisé dans le langage courant : « *je suis stressée... cette situation est stressante...* ». Ici, il est utilisé dans la définition du SEPS. Je vais tout d'abord définir cette notion de stress, avant d'aborder ses mécanismes d'adaptation. Enfin, je développerai les défenses individuelles et collectives face à celui-ci.

2.2.1 Le stress

Selon le dictionnaire, le stress est un « *mot anglais* » qui se traduit par « *effort intense, tension* ». Il se définit comme une « *réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions (agréables ou désagréables) qui nécessitent une adaptation (élément de la théorie du syndrome d'adaptation)* »³⁰. Le commentaire du dictionnaire reprend l'explication issue des recherches de Selye³¹ dans les années 30. Le « *syndrome général d'adaptation passe par la mobilisation de ressources biologiques* » de l'organisme face à une « *situation susceptible de porter atteinte à son intégrité* ». Les agents stressants ne sont pas nécessairement nocifs, mais ce sont les réactions de l'organisme à cet agent qui correspondent à des phénomènes d'adaptation.

Trois phases successives sont développées :

- la « *phase d'alarme* » qui expose l'individu « *aux agents stressants, avec un choc et un contre-choc* »,
- la « *phase de résistance* » où est développée la « *réaction de l'organisme* », son adaptation à la situation,
- la « *phase d'épuisement* » qui survient « *lorsque les réactions de l'organisme ont échoué à faire revenir l'organisme dans son état d'équilibre initial* ».³²

Ce que je retiens, c'est que l'organisme humain est en équilibre. Face à un stimulus (situation ressentie comme stressante), il se déséquilibre. Pour tenter de retrouver son équilibre, il

³⁰ *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 1867.

³¹ Fondateur et directeur de l'Institut de médecine et chirurgie expérimentale de l'Université de Montréal, Canada.

³² Valléry G. et Leduc S. *Les risques psychosociaux*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p 32.

utilise des mécanismes de faire face, d'adaptation nommé « *coping* »³³. Malheureusement, lorsque les dispositifs mis en place par l'organisme ne sont plus efficaces, le seuil de résistance est dépassé et apparaît donc l'épuisement.

Les situations de stress chroniques liées à des exigences professionnelles, se répercutent alors sur la santé mentale et physique des individus. Il existe une définition du stress professionnel soignant donnée par A. Mariage et F. Schmitt-Fourrier qui reprend ces notions. Le stress professionnel soignant « *résulte de la perception des contraintes³⁴, stimuli³⁵ et agressions³⁶ subis dans une activité professionnelle et de l'adaptation du sujet. Pour y pallier, l'individu emploie des types de stratégies défensives collectives et individuelles³⁷ ». Ces stratégies permettent aux individus de se protéger « *de la décompensation³⁸ et des déviances³⁹ comportementales* ». ⁴⁰*

Afin de mieux comprendre ces notions, je vais m'attarder sur les stressseurs, les mécanismes d'adaptation et les stratégies de défenses individuelles et collectives.

2.2.2 Les mécanismes d'adaptation

Les mécanismes d'adaptation aux stress nommés « *coping* » par Lazarus⁴¹ et Laurier⁴² en 1978, sont définis comme « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources de l'individu* ». Ce sont ce qu'on appelle aussi, en français, les stratégies d'ajustements, d'adaptation, de faire face.

³³ Traduction de « *cope* » par « *s'en sortir, tenir le coup* » et « *coping* » par « *faire face* », selon le site : <http://dictionnaire.reverso.net/anglais-francais/> (consulté le 06/03/13).

³⁴ « *Pression morale ou physique exercée sur quelqu'un* » selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique* . Paris : Larousse, 1995, p 266.

³⁵ « *Élément de l'environnement susceptible d'activer certains récepteurs sensoriels d'un individu et d'avoir un effet sur son comportement* », *Ibid.* , p 663.

³⁶ « *Atteinte à l'intégrité psychologique ou physiologique des personnes, dues à l'environnement visuel, sonore, ...* », *Ibid.* , p 47.

³⁷ Abordés et développés dans le chapitre 2.2.2 « *Les mécanismes d'adaptation* » p 14.

³⁸ « *Faillite des mécanismes régulateurs à la suite de laquelle les troubles dus à une maladie provoquent des perturbations très graves dans l'organisme* » selon *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française* . Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 462.

³⁹ « *Comportement qui échappe aux règles admises par la société* », *Ibid.* , p 530.

⁴⁰ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* . 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 30.

⁴¹ Psychologue, Canada.

⁴² Psychologue, Canada.

Les conceptions actuelles du stress intègrent la notion de transaction entre la personne et l'environnement, afin d'évaluer et de contrôler la situation en fonction de ses ressources ou capacités personnelles, aussi bien dans la vie privée, que la vie professionnelle.

Pour bien comprendre ce phénomène, j'utilise le modèle de la psychologie de la santé⁴³. Ce concept explique que l'impact du stress et les mécanismes de « *coping* » d'un individu à l'autre ne sont pas identiques même si le stresser l'est. Le schéma (Figure 1 : Modèle explicatif en psychologie de la santé) m'a permis de repérer facilement pourquoi. Ainsi l'individu unique (dans son ensemble et avec sa propre histoire) interagit tout le temps avec son environnement. Il essaie toujours d'atteindre son équilibre par des mécanismes d'ajustement.

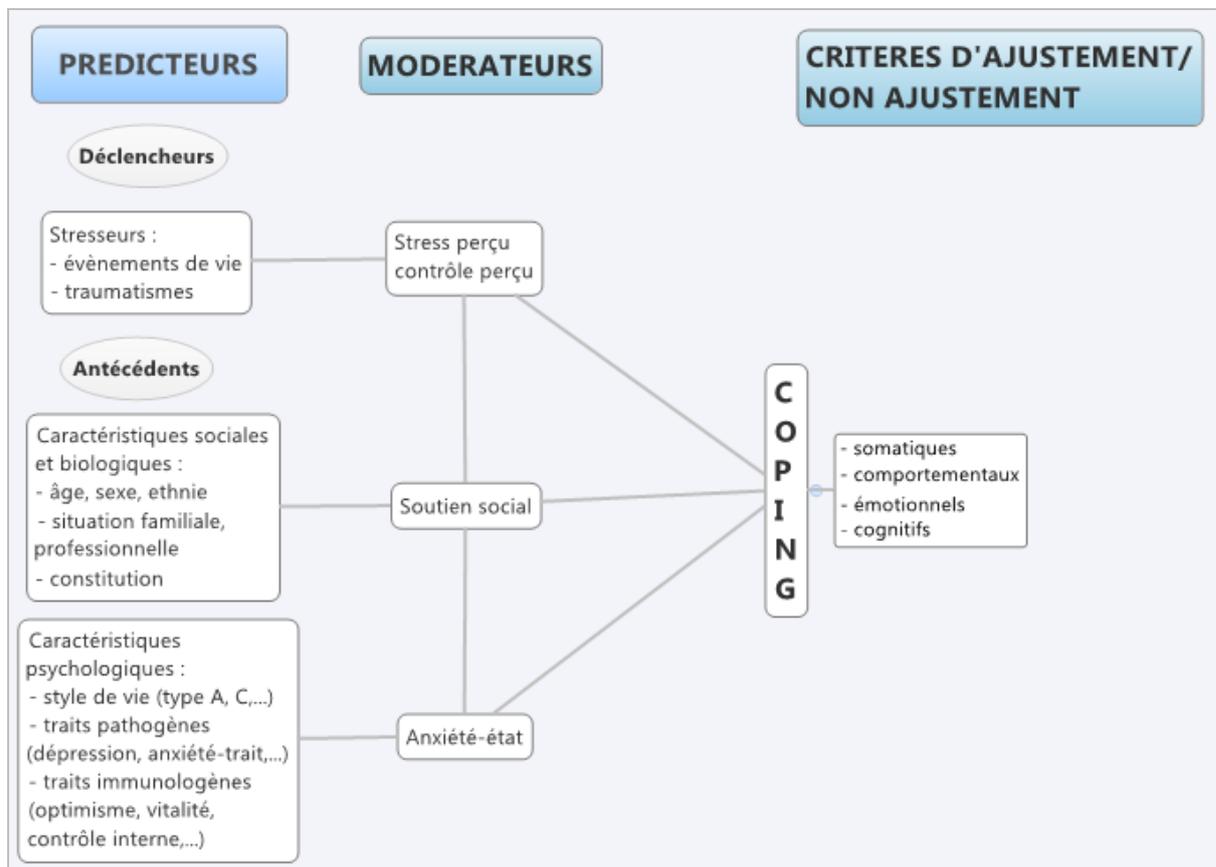


Figure 1 : Modèle explicatif en psychologie de la santé⁴⁴

⁴³ « *Etude des facteurs et processus psychologiques jouant un rôle dans l'apparition des maladies et pouvant accélérer ou ralentir leur évolution* » (1990, M. Sarafino, Psychologue, Psychothérapeute, Psychanalyste) dans son ouvrage *Health Psychology*.

⁴⁴ M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, p 21.

Dans cette théorie détaillée par M. Bruchon-Schweitzer⁴⁵ et R. Dantzer⁴⁶ dans leur ouvrage « *Introduction à la psychologie de la santé* »⁴⁷, on retrouve donc :

* **les prédicteurs**⁴⁸ de santé et de maladies qui se partagent en 2 catégories :

➤ **les déclencheurs** qui sont des stressors engendrant une « *modification brutale du milieu extérieur ou intérieur* »⁴⁹ de l'individu, c'est-à-dire des « *traumatismes, des évènements de vie* » et le « *retentissement émotionnel de chaque individu (l'interaction entre la personne et la situation)* ».⁵⁰ La façon dont le stress est perçu⁵¹ modère ou non l'impact de l'évènement sur l'individu.

➤ **les antécédents** qui sont de 2 natures :

○ les caractéristiques sociales et biologiques où l'on retrouve :

▪ le sexe qui semble avoir une influence. Statistiquement les femmes semblent plus résistantes que les hommes, mais elles consultent davantage et ont moins de comportements à risque.

▪ l'âge qui augmente la probabilité de développer une maladie.

▪ les « *facteurs socio-économiques, ethniques, culturels* » qui peuvent jouer un rôle sur l'augmentation de la vulnérabilité de l'individu (chômage, peu d'entourage, peurs, croyances,...) ou son contraire (soutien familial, travail, aisance financière,...).

▪ la constitution de chaque individu qui est différente. Elle s'explique par ses facteurs génétiques (mais statistiquement peu prédictive).

○ les caractéristiques psychologiques se centrent sur les aspects de la personnalité de l'individu où l'on retrouve :

▪ les styles de vie à risques qui sont déclinés en 2 types, l'un vis-à-vis des maladies coronariennes, l'autre vis-à-vis du cancer. Le type A, prédisant les maladies coronariennes, se caractérise par l'ensemble des traits suivant : « *impatience, hostilité, colère, compétitivité,...* ». Le type C, prédisant les cancers, « *se caractérise par des fortes défenses (incapacité à reconnaître et*

⁴⁵ Professeur de psychologie à l'université de Bordeaux II.

⁴⁶ Directeur de recherche à l'Institut National de Recherche Agronomique et dirige l'Unité de neuro-biologie intégrative de l'Institut National de Santé Et de Recherche Médicale.

⁴⁷ M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, pages 22-31.

⁴⁸ Qui « *annonce par avance ce qui doit se produire soit par des règles certaines, soit par conjecture ou raisonnement* » selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 816.

⁴⁹ *Ibid.*, p 15.

⁵⁰ *Ibid.*, p 15.

⁵¹ Le stress perçu est associé à l'évaluation que chacun se fait d'un évènement ou d'une situation (menace ou défi). D'après le livre M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, p 32.

verbaliser ses émotions) et par une détresse sous-jacente (autodépréciation, perte de contrôle et sentiment d'impuissance) ».

▪ les traits de personnalité qui sont répartis en 2 groupes. Le premier est formé par les traits pathogènes comme la dépression (pour sa référence au modèle de l'impuissance), l'anxiété-trait (se traduisant « *par une inadaptation émotionnelle, une hypersensibilité aux situations aversives, appréhensions, inquiétudes, craintes,...* ») et le névrosisme (incluant à l'anxiété-trait « *l'hostilité, l'isolement, l'impulsivité, la culpabilité,...* »). Le second représente les traits immunogènes⁵². Ceux-ci jouent un « *rôle-tampon face aux évènements de la vie* » comme l'optimisme (minimise « *la gravité des évènements ou/et maximise ses propres ressources vis-à-vis d'eux* », l'humour peut être alors une stratégie d'ajustement), l'endurance ou la hardiesse⁵³ (caractérisé par « *le fait d'être infatigable, de s'impliquer avec curiosité, ayant le goût du risque et du changement* »).

* **les modérateurs** qui sont les « *variables tampons entre prédicteurs et critères d'apparition ou évolution des maladies* » :

➤ **le stress perçu et contrôle perçu** sont les « *processus perceptivo-cognitifs* »⁵⁴. Le stress perçu désigne « *la façon dont un individu perçoit les exigences de la situation (urgence, gravité, nature de la menace,...* »). Le « *contrôle perçu lui succède et consiste en l'estimation par le sujet de ses ressources et capacités à contrôler ou non la situation* »⁵⁵. L'effet stressant est dû à l'écart entre les « *exigences de la situation et les possibilités subjectives de contrôle* ». Ces diverses perceptions détermineront les stratégies d'ajustement qui vont être adoptées.

➤ **l'anxiété-état** correspond à un « *ensemble de cognitions et affectes momentanés face à une situation menaçante (sentiments d'appréhension, perception d'un danger imminent,...)* ». Il peut jouer un « *rôle de modérateur* » (l'inquiétude ni excessive, ni absente permet une « *anticipation réaliste de la situation aversive à affronter* »).

➤ **le soutien social** est un modérateur psychosocial. Il se traduit par l'« *ensemble des relations interpersonnelles d'un individu lui procurant un lien affectif positif (amitié, amour, sympathie), une aide pratique (financière, instrumentale), des informations et évaluations relatives à la situation menaçante* ». L'important réside dans la perception qu'a l'individu sur son soutien social au moment de l'évènement stressant.

⁵² Dans ce cadre des dimensions ou dispositions de l'individu qui jouent un rôle de protecteur face aux évènements de la vie. D'après le livre M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, p 29.

⁵³ Concept développé dans le chapitre 2.4.2 « *facteurs de risque du SEPS* » p 21.

⁵⁴ « *Ensemble des opérations de composition allant de l'impact des stimulations sensorielles à l'identification* », *La mémoire, connaissance active du passé*, Scania Schonen, p 77.

⁵⁵ M. Bruchon-Schweitzer et R. Dantzer. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, p 32.

* **le « coping »** qui désigne « *les stratégies d'ajustement élaborées par l'individu pour rendre tolérable la tension induite par une situation aversive* ». Il s'agit d'un processus soit centré sur le problème, soit sur l'émotion, soit sur la réévaluation de la situation. Les stratégies défensives individuelles mises en place peuvent être :

- l'évitement qui permet de « *liquider la tension émotionnelle et aide l'individu à se sentir mieux* »,
- la fuite vers l'alcool, le tabac, les médicaments afin d'oublier le stresser,
- la vigilance qui « *focalise l'attention sur le problème afin de mieux le prévenir et le contrôler* »,
- le déni qui permet « *d'altérer la signification subjective de l'évènement en exagérant ses aspects positifs, en sous-estimant ses aspects négatifs* »,
- la confrontation qui est un comportement actif consistant à « *affronter le problème pour le résoudre* ».

Ainsi, l'efficacité de l'adaptation de l'individu au stress dépend à la fois de ses ressources personnelles, des facteurs environnementaux et de l'évaluation qu'il fait de l'évènement stresser en interaction avec les stratégies d'adaptation individuelle mises en place.

Le stress n'est pas une maladie mais influe sur l'anxiété, le « *burnout* » et fait le lit de la dépression dans le cas de stress chronique. Le concept de stratégie d'adaptation collective vient de la nécessité de devoir nier inconsciemment une réalité, afin de mieux la supporter. Ces stratégies collectives de défenses ont de multiples visages. Ce type de « *stratégie s'appuie sur le principe de collision⁵⁶ et de phénomène groupal. S'unir dans l'adversité en défiant la peur ou en la tournant en dérision préserve la vulnérabilité individuelle. Le principe est collectif, mais la souffrance reste singulière* ». ⁵⁷ Ces stratégies collectives développées par les soignants sont :

- le « *déni de perception de la réalité, afin de conjurer peur et angoisse. Elles engendrent des conduites ordaliques⁵⁸ ou du défi* » ⁵⁹ ;
- « *une forte coopération de tous, une complicité et une auto-organisation, afin de fonctionner dans un consensus collectif structurant pour l'organisation du travail* » ⁶⁰ ;

⁵⁶ Ici le comprendre comme une entente contre un ennemi commun.

⁵⁷ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 102.

⁵⁸ « *Se dit d'une conduite comportant une prise de risque mortel, par laquelle le sujet tente de se poser en maître de son destin* » selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 721.

⁵⁹ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 103.

⁶⁰ Ibid. p 104.

- « *la collision contre un ennemi commun* »⁶¹ ;
- le passage « *de victimes, à agents actifs, exploitant soit le déni, soit la provocation, soit la dérision* »⁶².

Pour conclure, les stratégies de « *coping* » permettent aux soignants de faire face à la souffrance au travail. Il n'existe « *pas de stratégie unique et bonne mais une interaction entre l'individu et l'entourage... Les réactions agissent selon un cadre et une humeur qui sont évolutifs et dynamiques* ». Elles s'expriment différemment en fonction des individus et des moments.

Il est donc probable de penser que le SEPS apparaît lorsque l'individu développe un trouble de l'adaptation quand ses stratégies deviennent inefficaces et ne lui permettent plus de faire face aux stress professionnels.

Après avoir développé et compris les mécanismes du stress et de « *coping* », je vais pouvoir décrire le « *burnout syndrome* ».

⁶¹ Ibid. p 104.

⁶² Ibid. p 105.

2.3 La description du SEPS

D'après P. Canouï et A. Mauranges les 3 dimensions fondamentales⁶³, (que l'on retrouve aussi dans le MBI) permettant de décrire le SEPS, sont :

➤ **l'épuisement émotionnel** qui se traduit par l'absence bénéfique du repos sur la fatigue physique et psychique. Il prend l'apparence de comportements variés comme l'énervement, l'explosion d'émotions telle que des crises de colère ou de larmes, le refus d'agir ou de répondre à la demande, la froideur et les difficultés de concentration. Il est important de souligner que c'est « *l'accumulation et la répétition de stress émotionnels qui vont être responsable de l'épuisement physique et psychique* »⁶⁴.

➤ **la déshumanisation de la relation à l'autre** qui se traduit par un détachement de la personne soignée (le malade étant considéré plus comme un objet⁶⁵ que comme un sujet⁶⁶), une sécheresse relationnelle. Cette relation déshumanisée s'installe progressivement et lentement (désincarnation de la relation). Elle peut s'exprimer par de l'humour grinçant ou noir, voire du cynisme.

➤ **la diminution de l'accomplissement personnel** qui se manifeste après les 2 premières dimensions et une frustration dans son travail. Elle se traduit par le sentiment de ne plus être capable d'aider les gens, de ne pas être efficace donc une dévalorisation de ses capacités professionnelles. Elle se caractérise parfois par un surinvestissement ou un désinvestissement dans son activité professionnelle se traduisant par une culpabilité et une démotivation pour son travail. À ce stade, certaines personnes peuvent développer des somatisations importantes. La symptomatologie physique est variée. On retrouve la fatigue généralisée, les maux de tête, de dos, les tensions musculaires, les problèmes de peau...

Ses signes ne sont pas spécifiques et c'est pourquoi le SEPS n'est pas reconnu comme une maladie mais comme un syndrome.

Après avoir décrit le « *burnout syndrome* », je vais m'intéresser à ses facteurs de risque. Quelles sont les causes de stress aboutissant à un trouble de l'adaptation des soignants ?

⁶³ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burnout à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 15-16.

⁶⁴ Ibid., p 17.

⁶⁵ « *Le patient est transformé en chose* », *Distance professionnelle et qualité du soin: distance et affectivité*, Pascal Prayez, p 106.

⁶⁶ Selon moi, le patient est considéré comme une personne capable de décisions.

2.4 Les facteurs de risques du SEPS

Dans ce chapitre, je vais d'abord définir ce que représente le travail puis bien que l'approche soit complexe, je préciserai les particularités du travail soignant. J'aborderai donc la relation soignant-soigné et la notion d'équipe. Enfin, je développerai les facteurs de risques du SEPS et, plus précisément, ceux en EHPAD.

2.4.1 Le travail soignant

2.4.1.1 Le travail

Dans le dictionnaire⁶⁷, il existe de multiples définitions du travail suivant l'angle d'approche. J'en ai sélectionné 3 qui me paraissent importantes :

- au sens général, le travail est présenté comme l'« *ensemble des activités humaines coordonnées en vue de produire ou de contribuer à produire ce qui est utile* »,
- au sens XIX^{ème} siècle, le travail est développé comme une « *activité, organisée à l'intérieur d'un groupe social et exercée d'une manière réglée : activité laborieuse professionnelle et rétribuée* »,
- au sens économique, le travail représente l'« *activité économique de l'homme, productrice d'utilité sociale* ».

Ces définitions présentent toute une spécificité. Je pourrais proposer une synthèse regroupant tous les thèmes abordés (activités humaines coordonnées, production d'utilité sociale, organiser, rétribuer), mais il manquerait d'autres enjeux du travail que développe C. Dejours⁶⁸ : « *le travail désigne l'activité coordonnée déployée par celles et ceux qui travaillent pour faire face à ce qui n'est pas prévu dans l'organisation du travail ; Travailler signifie être confronté à des prescriptions, des procédures, du matériel ou des outils à manipuler, des personnes à accueillir et à soigner ; mais travailler suppose également de collaborer avec une hiérarchie et des collègues,*

⁶⁷ *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française.* Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 2009.

⁶⁸ Psychiatre et psychanalyste français, il est le fondateur de la psychodynamique du travail.

*qu'il va falloir apprendre à connaître et avec lesquels il faudra pouvoir interagir pour atteindre l'objectif de production de bien ou de service ».*⁶⁹

La reconnaissance du travail est importante pour le travailleur. Pour C. Dejours, elle passe par 2 types de jugements. Tout d'abord le jugement d'utilité qui « *porte sur l'utilité technique, économique ou sociale des contributions du sujet à l'organisation du travail* ». Il est formulé par la hiérarchie ou par les subordonnés ou par les clients. Enfin le jugement de beauté qui lui porte sur la « *conformité des contributions du sujet aux « règles » de travail, aux règles de métier, voire aux liens de coopération* ». Ce jugement « *désigne généralement l'économie des moyens, le dépouillement et la simplicité des arguments, la logique de la démonstration* ». Ce sont les collègues, les pairs qui énoncent ce jugement. Celui-ci « *confère, dans le registre de l'identité, la parité ou l'appartenance à une communauté ou à un collectif* ». De plus, il existe la reconnaissance de la différence entre le sujet et ses pairs. Elle est nommée le jugement d'originalité. Celui-ci reconnaît l'identité stricto sensu⁷⁰ et est fait par les personnes les plus proches du sujet. « *C'est le jugement le plus exigeant et le plus sévère* ».⁷¹

La reconnaissance c'est selon S. Michel⁷² un autre enjeu de la motivation dans l'entreprise car c'est « *au travers du regard des autres que l'on se forge une image de soi* ».⁷³

La motivation est donc aussi indispensable que la reconnaissance pour le travailleur. Pour H. Herzberg⁷⁴ il existe 5 principaux facteurs de motivation :

- l'autonomie qui implique la prise d'initiatives et engage la responsabilité ;
- la variété de la tâche ;
- l'intérêt de la tâche ;
- les informations sur l'exécution de la tâche, c'est-à-dire les informations données en retour sur la tâche.

Les facteurs sont individuels, subjectifs, spécifiques au travail et à la personne concernée.

Ces 2 dernières notions ont été survolées mais elles mériteraient plus de réflexion et de développement. Ici je n'ai choisi que les idées qui me semblent indispensables à la compréhension de mon sujet.

⁶⁹ Dejours Christophe et Gernet Isabelle. Evaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2009/2 n°8, p 84.

⁷⁰ « *Au sens littéral, au sens propre du mot ou de l'expression employé* », selon le site : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stricto_sensu/74860, consulté le 08/05/13.

⁷¹ Site : http://multitudes.samizdat.net/article.php3?id_article=638 consulté le 04/04/13.

⁷² Consultante en gestion des ressources humaines, puis Directeur Recherches et Développement à la Cegos.

⁷³ Michel Sandra, *Peut-on gérer les motivations ?*, paris PUF, 1994 p 100.

⁷⁴ Psychologue américain.

Ces approches permettent d'appréhender l'ensemble des interactions et des dimensions du travail. Le rapport social aux autres et à soi-même est souligné. La collaboration au sein d'une équipe est abordée. Le travail soignant a des spécificités que je vais maintenant étudier.

2.4.1.2 La spécificité du travail soignant

D'après le dictionnaire, la définition du « soignant » est simple : personne « *qui prodigue des soins* »⁷⁵. Les « soins », eux, sont définis comme des « *actes par lesquels on soigne* » tandis que le verbe « soigner » signifie « *s'occuper du bien-être de quelqu'un* »⁷⁶.

Si je synthétise ces définitions, un soignant est un professionnel réalisant des actions ayant pour but de s'occuper du bien-être des gens. Mais, pour moi, c'est un peu plus que cela.

Tout d'abord, les soignants exercent une profession dans un cadre réglementaire qui définit le rôle de chacun en fonction du diplôme qu'il a acquis. La législation fixe le contenu des formations initiales, précise les limites de l'exercice de chaque profession et dégage la hiérarchie des intervenants.

Ensuite, suivant sa profession (IDE, AS, ASH), le soignant a développé des compétences et intervient de manières différentes auprès des clients⁷⁷. Pour simplifier et comprendre ses enjeux, on retrouve 3 occupations principales chez les soignants qui se croisent et s'entremêlent au cours de la journée. Mais ces « *3 fonctions sont différemment reconnues et valorisées par* »⁷⁸ les soignants eux-mêmes :

- les actes techniques et d'hygiène sont les plus visibles, formalisés par les soignants ;
- le travail relationnel est le plus idéalisé. C'est celui qui est mis en avant pour l'intérêt du métier. Mais il est plus difficilement reconnaissable « *d'où le sentiment très fort (des soignants) de ne pas avoir le travail reconnu par la hiérarchie* »⁷⁹ ;
- les fonctions d'organisation et d'administration qui « *constituent les éléments les moins valorisés et reconnus malgré leur importance pour le bon fonctionnement* »⁸⁰ de la structure de soin.

⁷⁵ *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 944.

⁷⁶ *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 1826.

⁷⁷ Entendre tout au long de ce travail : client = usager = malade = patient = soigné.

⁷⁸ Lorient Marc. Donner un sens à la plainte de fatigue au travail. *L'année sociologique*. 2003/2 vol 53, p 474.

⁷⁹ *Ibid.*, p 475.

⁸⁰ *Ibid.*, p 476.

Enfin, chaque professionnel de santé prend en charge l'« humain » dans toutes ses dimensions⁸¹. À chaque réalisation de soin auprès du client, il existe une relation soignant-soigné. Nous avons vu au moment des définitions et des caractéristiques du SEPS, que c'est l'un des éléments spécifiques du « *burnout syndrome* », mais pourquoi et comment ?

2.4.1.3 La relation soignant-soigné

La relation se définit comme « *lien d'interdépendance, d'interaction* »⁸². En d'autres mots, la relation peut se traduire par la communication entre deux personnes.

Dans le domaine des soins, cette interaction est particulière puisqu'elle se passe entre un professionnel et un client. Cette relation idéalisée se décline différemment suivant les objectifs, l'action visée ou la fonction du soignant⁸³ :

➤ la **relation de civilité**, de convivialité permet, dans un échange informel, de créer un climat de confiance. Elle est utilisée par tout un chacun, pour lier connaissance ;

➤ la **relation fonctionnelle** est soit à visée informative ou pédagogique, soit de répondre au besoin de comprendre la personne soignée (son problème de santé, son histoire de vie, ses besoins actuels,...). Elle a toujours un objectif et elle est professionnelle ;

➤ la **relation de compréhension et de soutien** de la personne soignée. Cette dernière est considérée comme sujet et partenaire de soin. Le soignant développe alors une attitude d'écoute, de réceptivité et de partage. Il peut donner des conseils pour rassurer le client ;

➤ la **relation d'aide** se définit comme « *la relation dans laquelle l'aidant cherche à favoriser chez l'aidé la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement et une plus grande capacité à affronter la vie.* »⁸⁴. Pour Lise Montagne⁸⁵ la relation d'aide permet « *de faciliter à l'autre la découverte de lui-même (émotion, ressource, choix) à l'occasion de sa maladie, de son hospitalisation dans l'ici et le maintenant (espace et temps)* ». Ce dernier type de relation est spécifique des compétences infirmières.

⁸¹ Je fais référence au modèle biopsychosocial. C'est « *un modèle conceptuel qui suppose que les facteurs psychologiques et sociaux doivent également être inclus avec le biologique dans la compréhension de la maladie ou trouble d'une personne* » proposé par un médecin psychiatre : Engel. Selon le site : <http://www.dictionnaire-sante.com/definition-modele-biopsychosocial> (consulté le 05/03/13).

⁸² *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p1651.

⁸³ D'après les cours d'Approfondissement à la démarche clinique infirmière. CHRO. Module 2 : Relation d'aide et conduite d'entretien en soins infirmiers. ISIS (Institut de Soins infirmiers supérieurs), 2000.

⁸⁴ Carl ROGERS (psychologue humaniste américain) *Le développement de la personne*, édition Dunod, Collection : Hors Collection, InterEditions, 2005 – 2^{ème} édition.

⁸⁵ Infirmière clinicienne Québécoise, 1988.

Dans tous les cas, le respect de l'autre permet au professionnel d'installer un climat de confiance et de reconnaître le soigné comme une personne unique. Dans cette relation, le soignant manifeste de l'écoute et apporte une réponse aux besoins et aux attentes exprimés par la personne prise en charge. Cette valeur professionnelle s'étend envers le conjoint, la famille ou les personnes qui sont significatives pour le client.

Alors, on peut comprendre que la difficulté pour chaque professionnel est de « *trouver la bonne distance dans la relation* » au soigné. Afin de limiter le « *risque de prendre sur soi toute la misère des malades* »⁸⁷, ou d'être en quête d'un idéal inaccessible : le soignant parfait ; le soignant doit apprendre à séparer le « *moi personnel* » et le « *moi professionnel* ». « *Un idéal professionnel ou de métier très ambitieux augmente le risque de frustration surtout lorsque les moyens sont limités ou imposés par une organisation ou un employeur qui ne valorise pas les mêmes objectifs* »⁸⁸. Ainsi la mise en avant de cet idéal relationnel dans la formation et dans l'intérêt du métier est mise à mal à cause de la réalité du quotidien soignant (organisation, charge de travail, contrainte temps, objectifs à atteindre,...) et majore donc le risque de développer un SEPS.

L'acte de soin est réalisé dans une dynamique relationnelle. Nous venons de voir que cette distance soignant/soigné peut être difficile à trouver. De plus, cette valeur mise en idéal soignant n'est pas réellement réalisable selon le contexte environnemental. Tout ceci associé à la perte de sens⁸⁹ et la démotivation⁹⁰ dans le travail peut conduire à un épuisement professionnel. Ils se manifestent par des réactions imprévisibles, une irritabilité, une froideur, un cynisme, un moindre respect de la pudeur, par l'absence de disponibilité face à une émotion supplémentaire. La

⁸⁷ Lorient Marc. Donner un sens à la plainte de la fatigue au travail. *L'année sociologique*. 2003/2 Vol.53, p 475.

⁸⁸ Ibid., p 476.

⁸⁹ « *C'est à travers le travail que l'homme maintient la vie, donne un sens à son existence, une signification, une valeur, une orientation, établit une cohérence entre son intérieur et l'extérieur. Le sens du travail se confond avec le sens de la vie.* » Extrait du 2^{ème} congrès TRANSFORMATE du 19-20 mars 2012 à Paris, La perte de sens du travail et les conséquences sur la santé. SILVA DOS SANTOS R. (médecin du travail et maître en philosophie, Université Lyon 3.

⁹⁰ « *Les 3 facteurs de développement de la motivation définis par Joseph Nuttin :*

* « *le besoin de stimulation* » : *besoin humain fondamental, la reconnaissance sociale stimule l'action et développe les performances.*

* « *le besoin de structuration* » : *besoin de structuration du temps et de l'organisation, permettant d'inscrire un projet dans une stratégie globale.*

* « *le besoin de progression* » : *besoin de s'inscrire dans un contexte d'évolution positive, en projetant ses ressources au travers d'un projet.* »

MONTSERRAT X. *Comment Motiver, Viser la performance pour renforcer la motivation*. Editions des organisations, p 63.

maltraitance peut donc s'installer « là où les mécanismes de protection et d'adaptation s'arrêtent »⁹¹. Il peut apparaître une violence et une maltraitance liées à l'épuisement professionnel sans que cela soit systématique.

Dans cette relation la charge émotionnelle liée à la maladie et à la mort peut rendre vulnérable les soignants. De plus, s'ils n'ont pas la possibilité d'accompagner ou de reconforter le patient ou la famille du fait de la charge de travail, cette situation peut générer de l'anxiété pour les soignants. Cela soulève aussi des questions éthiques sur la prise en charge de la douleur, la mise en œuvre des thérapeutiques lourdes et de l'accompagnement de fin de vie.

Ces insatisfactions, ces émotions, ces difficultés liées à la relation soignant-soigné influent sur le risque pour le soignant de développer de l'épuisement professionnel. Mais le soignant ne travaille jamais seul. Il fait partie d'une équipe de soins du fait de la continuité des soins 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Alors comment réagit l'équipe au SEPS ?

2.4.1.4 La notion d'équipe

Dans le secteur du soin, la notion d'équipe est importante et indispensable pour le déroulement efficace du travail. L'équipe peut se définir comme « un groupe de personnes qui agissent ensemble »⁹². Les soignants doivent donc apprendre à œuvrer ensemble vers un objectif commun. C'est à dire développer l'esprit d'équipe pour : « que les membres de l'équipe collaborent en parfait accord »⁹³.

Ces notions de collaboration ne sont pas naturellement identiques chez chaque professionnel soignant. Les valeurs⁹⁴ et les limites de chacun peuvent être différentes. Il est alors nécessaire, comme le précise C. Dejours, de trouver un consensus⁹⁵ afin de pouvoir travailler ensemble. Il parle alors d'« activité déontique ». Elle se réalise au travers d'une réflexion collective permettant de produire des règles (de travail, de métier) pour que « les travailleurs veillent

⁹¹ Pierre Canouï et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 111.

⁹² *Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, p 680.

⁹³ Ibid., p 680.

⁹⁴ « La définition des valeurs doit résulter d'un véritable processus participatif permettant de préciser : « ce qu'on veut être ? » un choix de valeurs, « ce que l'on veut faire ? » un choix d'objectifs, « ce que l'on veut privilégier ? » un choix de priorités et « comment l'on veut y parvenir ? » un choix de moyens d'action », Xavier Montserrat. *Comment Motiver, Viser la performance pour renforcer la motivation*. Editions des organisations, p 83.

⁹⁵ « Accord et consentement du plus grand nombre », selon le site : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consensus/18357>, consulté le 08/05/13.

conjointement à l'efficacité et à la qualité de la production »⁹⁶. Chacune des règles de travail construites par l'équipe organise simultanément « *la production et le vivre ensemble* »⁹⁷. Alors si ces notions ne sont jamais abordées, l'équipe n'est pas en mesure de fonctionner ou dans des stratégies de défenses collectives non adaptées d'où peut naître des conflits.

C'est une mission primordiale pour le cadre de santé. Ce manque d'activité déontique est un facteur de risques pouvant faire le lit du SEPS.

Nous venons d'aborder quelques facteurs de risques, mais je vais les développer dans le chapitre suivant.

2.4.2 Les facteurs de risques du SEPS

Afin d'être cohérente dans ce chapitre, j'ai choisi de m'inspirer uniquement de la synthèse réalisée sur ce sujet par P. Canoui et A. Mauranges dans le livre « *le burnout à l'hôpital* »⁹⁸. En effet ils ne parlent pas de facteurs de risques, mais plutôt de variables et se centrent sur les spécificités soignantes.

Ces facteurs se répartissent en différentes catégories : les variables personnelles, les variables dues à l'organisation, celles dues aux conditions de travail et les variables environnementaux. Il est certain que tous les facteurs de stress sont potentiellement des facteurs de risque de SEPS.

2.4.2.1 Les variables personnelles de l'individu

J'ai développé ce qu'était le stress et les mécanismes d'adaptation. Nous avons donc approché les caractéristiques individuelles (les prédicteurs/antécédents) jouant un rôle dans la perception du stress et la mise en place du « *coping* ». Maintenant nous allons voir les variables personnelles des soignants.

Il n'existe pas de relation entre l'épuisement professionnel et les variables sociodémographiques telles que le sexe, l'état civil, la situation familiale et le nombre d'enfants. A contrario il semble, statistiquement parlant, que « *les personnes les plus jeunes sont plus*

⁹⁶ Dejours Christophe et Gernet Isabelle. Evaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2009/2 n°8, p 84.

⁹⁷ Ibid., p 85.

⁹⁸ Pierre Canoui et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, pp 238.

vulnérables » puisque c'est le moment de la confrontation entre l'idéal soignant et la réalité professionnelle.

Les variables professionnelles (les titres, la formation, la fonction et le nombre d'années d'expérience) n'ont pas de corrélation avec le SEPS.

Des études⁹⁹ montrent que la « *hardiess* »¹⁰⁰ (endurance ou hardiesse en français) apparaît comme le profil de personnalité ayant la plus puissante ressource pour faire face au stress (précédemment cité dans les prédictors de santé et de maladies). Elle se manifeste par 3 points forts :

- le sens de l'engagement : « *la personne est concernée pour donner un sens à son vécu. Elle aime la vie* »,
- le sens de la maîtrise : « *croyance selon laquelle sa réflexion et son action peut faire évoluer les situations* »,
- le sens du défi : « *croyance selon laquelle le changement, plutôt que la stabilité, est normal* »¹⁰³.

La hardiesse intervient de manière active dans les stratégies de « *coping* ». Elle développe « *la capacité de réévaluer les problèmes de manière positive* » ou la conviction de pouvoir agir sur les obstacles.

Je reste néanmoins prudente¹⁰⁴ sur le sujet car des dérives peuvent émerger de ce constat : comme le choix de recrutement par des tests.

Le manque de hardiesse apparaît comme un facteur favorisant le SEPS (mais non unique) alors que le « *burnout syndrome* » peut toucher tous les types de soignant.

⁹⁹ 1990 Université de Montréal ; 1986 Etats Unis.

¹⁰⁰ Traduction : endurance, solidité, robustesse psychique, hardiesse. Elle « *désigne une caractéristique de la personnalité qui a pour fonction de protéger l'organisme psychosomatique des effets nocifs des événements stressants de la vie* ».

¹⁰³ Pierre Canoui et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*, 4ème édition. Paris : Masson, 2008, pp 64-65.

¹⁰⁴ Discrimination possible à l'embauche si la hardiesse est recherchée lors de l'entretien.

2.4.2.2 Les variables dues à l'organisation du travail

Les facteurs liés à l'organisation du travail représentent des stressseurs potentiels pour les soignants et sont porteurs de situations conflictuelles :

- l'imprévu, qui est la cause principale d'interruption dans les tâches planifiées, complexifie le travail des soignants. Le caractère éclaté du travail engendre une insatisfaction¹⁰⁵ par frustration¹⁰⁶ des professionnels du soin ;
- l'ambiguïté des rôles (confusion entre 2 fonctions) incite une personne à assumer un rôle ne faisant pas partie de sa fiche de poste. Il ne s'agit pas, dans ce cas, de dépannage entre professionnels mais d'une situation qui perdure dans le temps. Cette confusion des fonctions est susceptible de créer une souffrance ;
- le manque de reconnaissance identitaire dans la pratique de « bouche trou » laisse s'installer un stress permanent. Ainsi, il est demandé aux soignants d'être adaptables et flexibles en toutes circonstances.

2.4.2.3 Les variables dues aux conditions de travail

Ces variables sont multiples :

- le soignant est en perpétuelle interaction humaine. Dans le cadre de son travail, il gère ses émotions dans cette distance soignant/soigné difficile à trouver. La confrontation quotidienne à la souffrance, à la dégradation physique et psychique, à la détresse, à la mort des clients ou de sa famille, ainsi que le processus d'identification au malade, génèrent du stress ;
- le manque de soutien entretient le stress des soignants. Il correspond au fait de ne pas se sentir suffisamment reconnu¹⁰⁷ dans son travail ;
- s'arrêter pour réfléchir en équipe à sa pratique permet de donner du sens « *qui institutionnalise un savoir-faire sans mots* », à l'inverse son absence usent et perturbent les soignants ;

¹⁰⁵ « *Etat de quelqu'un qui n'est pas satisfait de ce qu'il a, de ce qu'il reçoit, de l'existence,...* », *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 553

¹⁰⁶ « *Tension psychologique engendrée par un obstacle qui empêche le sujet d'atteindre un but ou de réaliser un désir* », *Ibid.*, p 462.

¹⁰⁷ Selon Isabelle Genet (psychologue clinicienne, maître de conférences, université Charles de Gaulle, Lille 3) et Christophe Dejourns « *La reconnaissance du travail est ce qui permet à la solidarité de fonctionner, en situant la délibération sur le travail concret, ses contradictions internes, ses ambiguïtés. C'est la capacité collective de formuler les jugements les plus consensuels possibles qui sous-tend la reconnaissance du travail.* ». *Evaluation du travail et reconnaissance. Nouvelle revue de psychosociologie*. 2009/2 n°8, p 84.

- le cloisonnement¹⁰⁸ et une communication reposant sur des non-dits et des enjeux de pouvoir, donnent au stress un rôle « *générateur d'isolement et d'includence*¹⁰⁹ » ;
- « *les conflits ont toujours fait partie du monde relationnel. S'opposer pour se positionner et pour s'affirmer ou pour défendre un intérêt ou un idéal est dans l'ordre des choses. Si la communication passe par l'absorption des conflits d'expression, ces derniers représentent une des sources les plus constantes de fatigue et d'épuisement* » ;
- les nouvelles technologies peuvent détourner « *une logique de vie et de mort au profit d'un fantasme de toute puissance* » où le soignant oublie que la médecine n'est pas toujours gagnante et que son travail a des limites. Cela pouvant faire naître chez le soignant une crise d'identité professionnelle stressante ;
- « *le type d'unité et donc de pathologie pourrait être une variable importante dans l'apparition du SEPS, mais le manque de précisions des études à ce sujet laisse libre toute interprétation... Mais chaque service connaît son lot de problèmes, de difficultés à communiquer, de périodes de crise, et vit des épisodes de découragement* ». Il n'est donc pas réaliste de faire une liste exhaustive des pathologies soignées influençant le stress des soignants.

2.4.2.4 Les variables environnementaux

Les soignants sont toujours en interaction avec leur environnement. C'est pourquoi ses variables peuvent être des facteurs de risque de SEPS :

- le milieu¹¹⁰ construisant une « *ambiance* »¹¹¹ et « *l'organisation architecturale du service* » s'inscrit dans les critères ergonomiques¹¹². Si les conditions physiques, biologiques ou chimiques, ainsi que d'hygiène et de sécurité, ne sont pas appropriées, les soignants subissent des nuisances sources d'épuisement ;
- « *l'obligation de quémander son matériel de travail et de s'aménager des lieux de rangement dans des placards trop exigus* » développe un stress régulier, répétitif ou permanent ce qui est le plus épuisant ;

¹⁰⁸ « *Lorsque l'équipe instaure des liens hiérarchiques entre grades dans lesquels chacun s'isole* » selon Pierre Canoui et Aline Mauranges. *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. 4ème édition. Paris : Masson, 2008, p 79.

¹⁰⁹ « *Terme de Tellenbach (psychiatre Allemand), Sentiment d'être débordé par son travail et de n'avoir pas suffisamment de temps pour l'accomplir* », Ibid., p 80.

¹¹⁰ « *Regroupe tous les éléments sensoriels* » Ibid., p 87.

¹¹¹ « *Température, éclairage, aération et espace, intensité sonore...* » Ibid., p 88.

¹¹² « *Etude quantitative et qualitative du travail de l'entreprise, visant à améliorer les conditions de travail et à accroître la productivité* », selon *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 402.

- « *le matériel est perçu à travers la sécurité, les postures¹¹³, la charge physique¹¹⁴ considérable se rajoutant aux charges mentales¹¹⁵ et psychiques¹¹⁶* ». Par exemple, un matériel inadéquat peut menacer l'organisation et la santé du soignant pouvant provoquer du stress, des inaptitudes ou des incapacités ;
- outre les nouveaux outils comme la logistique, les protocoles, les dossiers de soin,... les méthodes de travail ordonnent des règles (horaires, amplitudes, rotation du personnel,...) qui doivent être discutées en équipe afin de ne pas créer de tensions ;
- l'insuffisance des effectifs est une composante alourdissant la charge de travail et peut générer de l'épuisement professionnel. L'usure naît aussi des conflits d'équipe et de valeurs. On retrouve dans ces 2 dernières idées que « *l'activité déontique* » est nécessaire afin d'éviter les conflits et donc l'usure professionnelle.

Toutes ces variables sont des facteurs de risques du syndrome d'épuisement professionnel, leur association est modelable suivant les individus, les lieux de travail et l'encadrement. Lorsque les soignants travaillent en EHPAD, des facteurs spécifiques s'ajoutent aux variables que je viens d'exposer. Je vais les énoncer maintenant.

¹¹³ « *Position particulière du corps ; attitude, maintien* », Ibid., p 810.

¹¹⁴ « *La charge physique est liée aux métiers qui peuvent soit demander de véritables efforts physiques, soit imposer aux articulations, des mouvements qui ne sont pas physiologiques et qui réalisés de nombreuses fois par jour induisent des modifications anatomiques à type d'usure avec comme conséquences des douleurs et une réduction de la mobilité de l'articulation* ». Selon le site : <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-professionnel-autres-contraintes/charge-physique-psychique> (consulté le 05/03/13).

¹¹⁵ « *La charge cognitive concerne les différentes fonctions qui sont nécessaires pour traiter l'information et réaliser des actes dits intellectuels. Les métiers concernés sont ceux qui demandent de l'attention, de la concentration et qui font appel à un traitement de l'information. Ce sont les métiers pour lesquels la prise de décision est parfois fréquente et souvent lourde de conséquences.* » Selon le site : <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-professionnel-autres-contraintes/charge-physique-psychique> (consulté le 05/03/13).

¹¹⁶ « *La charge psychique au travail concerne tout ce qui est autour de la charge émotionnelle, tout ce qui est pesant et source d'anxiété avec comme conséquence habituelle des troubles anxieux, des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur au premier rang desquels se trouve la dépression...* » Selon le site : <http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-professionnel-autres-contraintes/charge-physique-psychique> (consulté le 05/03/13).

2.4.3 Les spécificités de l'EHPAD

Il n'existe pas de liste exhaustive des spécificités des facteurs de risque d'épuisement professionnel en EHPAD.

Les conditions de travail en EHPAD sont réputées difficiles. Tout d'abord, la perception du travail en EHPAD par les soignants eux-mêmes est souvent ressentie comme négative. Leurs activités sont vécues comme répétitives, ingrates¹¹⁷, voire sans réel résultat visible. Les glissements de tâches entre les fonctions existent et sont plus ou moins fréquents suivant les structures. Le manque d'effectif ou la gestion des absences (le travail en mode dégradé) oblige l'encadrant à accepter ce glissement.

La relation soignant-soigné est modifiée, elle se complexifie avec les troubles du comportement des personnes âgées présentant des démences, des troubles cognitifs, la maladie d'Alzheimer,... Les réactions parfois régressives des résidents et les incompréhensions peuvent déstabiliser les soignants. Il est plus aisé d'instaurer une relation avec des personnes réceptives qu'avec des personnes ne comprenant pas votre discours, en opposition, voire violentes. L'absence ou le manque de formation à ces situations ajoute une réelle difficulté pour le soignant.

De plus, l'angoisse des « *fugueurs* »¹¹⁸ à répétition (personnes âgées démentes) peut majorer le stress quotidien donc le risque d'épuisement.

La confrontation aux corps vieillissants et à la mort majore le stress des soignants surtout que les relations soignant-soigné se déroulent sur le long terme.

Ces dernières années, même si la mise en place de groupes de parole¹¹⁹ ou de staff¹²⁰ dans les structures d'EHPAD a été majorée par l'obligation de réaliser un projet de vie pour chaque résident, cela n'est pas encore généralisé.

¹¹⁷ « Difficile, pénible ou rebutant, qui exige de gros efforts sans résultats appréciables », selon le site : http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ingrat_ingrate/43074, consulté le 08/05/13.

¹¹⁸ Appellation donnée aux personnes âgées démentes qui quittent l'EHPAD sans pouvoir y revenir seules.

¹¹⁹ « Le groupe de parole vise en effet à favoriser l'expression et l'échange des vécus en dehors de tout ordre hiérarchique. Il s'agit d'aider à comprendre les modes de défense des patients et des soignants, pour parvenir à une meilleure distance dans la relation de soin, afin de mieux travailler et d'en souffrir le moins possible. », Alain Deneux. Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2008/1 (n° 50), 224 pages, Editeur : ERES.

¹²⁰ Pour moi : groupe de professionnels se réunissant régulièrement pour discuter et analyser des situations cliniques rencontrées en présentant des dossiers de patients. Un compte-rendu doit être réalisé en synthèse dans le dossier du patient.

L'organisation architecturale des EHPAD n'est pas toujours adaptée aux soins et à la prise en charge des personnes âgées (salle de bain étroite, grande longueur de couloirs,...). Ainsi l'ambiance au sein des structures varie suivant l'âge du bâtiment et son architecture. Ils influent sur la température, l'éclairage, l'espace et le bruit.

L'ergonomie du matériel (lit, fauteuil,...) ou le nombre de matériel de manutention (lève-malade, verticalisateur,...) n'est pas nécessairement adapté ou parfois suffisant.

La gestion des familles et de leurs demandes est parfois vécue comme difficile. La société a changé et les revendications des résidents et de leur famille en termes d'attente de prise en charge et de comportement des soignants se sont modifiées. Ces nouvelles demandes s'ajoutent aux stress liés à l'idéal soignant, en contradiction parfois à la réalité du travail.

Après avoir défini le SEPS, ses mécanismes, ses signes et ses facteurs de risque, que peut faire le cadre de santé afin de prévenir, de dépister et de prendre en charge le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?

2.5 Le rôle¹²¹ et les missions¹²² du cadre de santé dans le SEPS

Dans le répertoire des métiers de la fonction hospitalière (édité par le Ministère de la santé et des sports), la définition générale du rôle du cadre est libellée ainsi : « *organiser l'activité paramédicale, animer une équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechnique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ». ¹²³

2.5.1 La législation

Le rôle du cadre de santé « *s'inscrit dans un environnement sous contraintes économiques, réglementaires et institutionnelles* » ¹²⁴. Les textes fondateurs sont :

- la circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 de 20 février 1990 (non parue ni au Journal, ni au Bulletin Officiels) décrivant les missions, fonctions et activités du surveillant ;
- la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui crée un service de soins infirmiers dans chaque établissement de santé ;
- le décret et arrêté du 18 août 1995, portant création du diplôme de cadre de santé et permettant d'identifier le rôle et les missions du cadre de santé.

« *Les conditions de l'intervention des cadres de santé sont extrêmement complexes, dans la mesure où* » il « *doit à la fois être garant de la qualité des soins tout en occupant une fonction transversale, managériale, voire une fonction en rupture avec l'activité de soins* » ¹²⁵.

Pour exercer ses missions, le cadre de santé s'appuie sur la politique de son établissement (les projets, les objectifs) et les multiples réglementations. Je ne peux en donner une liste exhaustive, mais quelques exemples relatifs aux malades (droits des malades et la qualité du

¹²¹ « Ensemble de normes et d'attentes qui régissent le comportement d'un individu du fait de son statut social ou de sa fonction », *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 896.

¹²² « Charge donnée à quelqu'un d'accomplir une tâche définie » et aussi « But élevé, devoir inhérent à une fonction, une profession, une activité et au rôle social qu'on lui attribue », *Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique*. Paris : Larousse, 1995, p 662.

¹²³ Selon le site : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>, consulté le 05/04/13.

¹²⁴ Jean-Charles Scotti sous la direction de Marie-Claude Moncet. *La responsabilité juridique du cadre de santé*. Seconde édition, Edition Lamarre, pXI.

¹²⁵ Ibid., p XI.

système de soins), aux soignants (le code du travail, le code de santé publique, les règles professionnelles), à l'organisation,...

Le cadre de santé est donc garant de la qualité des soins sous contrainte économique, réglementaire et institutionnelle. Le SEPS chez un ou plusieurs membres de l'équipe ne lui permet pas de garantir cette efficacité. La prévention, le dépistage et la prise en charge du « *burnout syndrome* » sont donc des missions du cadre de santé.

2.5.2 La prévention du SEPS

La prévention du SEPS repose sur la diminution des stressors (les variables facteurs de risques) donc l'amélioration des conditions de travail et de la communication au sein de la structure de soins. Je vais tenter de développer quelques éléments suite aux apports théoriques de la formation de cadre de santé à l'ESM, de mes lectures et de mon expérience.

Je pense que le management du cadre de santé doit inclure le « prendre soin » de son équipe. Ainsi il doit être réfléchi et tendre vers un management éthique¹²⁶ et citoyen¹²⁷. Le cadre de santé se trouve dans une situation paradoxale. Il doit mettre en œuvre des projets conçus par ses supérieurs hiérarchiques, développer un management participatif et prendre soin de l'équipe soignante alors que lui-même est soumis à des injonctions et à un défaut de concertation. C'est

¹²⁶ « *Etre un manager éthique revient donc à prendre en compte les spécificités individuelles et contextuelles, à s'inscrire dans la souplesse et le dialogue, tout en conservant à l'esprit l'intérêt de l'entreprise. C'est être prudent dans sa prise de décision et répondre de ses actes. Son véritable défi réside dans la mise en œuvre de la dimension éthique dans sa pratique au quotidien. Le manager est tout à la fois pilote, coach et leader : il est investi d'une responsabilité de gestion, d'animation, d'entraînement, de motivation et de fédération. De ce point de vue, la dimension humaine apparaît comme prépondérante pour le manager. Etre éthique, c'est d'abord respecter ses équipes, dans leur diversité, dans leurs valeurs, dans leurs compétences. C'est s'assurer de leur état de flow (stress positif), de leur potentiel d'épanouissement, de leur bien-être au travail* ». Selon le site : <http://www.aqm-ressources.fr/article-comment-concilier-ethique-et-management-71616321.html> consulté le 11/03/13.

¹²⁷ « *Par management citoyen, nous entendons un management « responsable », qui vise à gérer une organisation, une entreprise avec efficacité, efficience et économie. Ce management prend en compte des valeurs citoyennes : la gestion envisagée de ces organisations, doit profiter au plus grand nombre voire même à la société dans son ensemble. Ce mode de gestion des organisations s'appuie sur des valeurs telles que l'éthique, la solidarité, le développement durable, mais aussi sur le principe de plaisir. Le management citoyen a plusieurs objectifs de différentes natures : Une diminution de la souffrance, notamment au travail ; Une gestion plus efficace et solidaire ; Un projet de société plus humaine.* » Selon le site : <http://obs.associations.free.fr/mcmc.html> consulté le 10/03/13.

pour cela que le cadre doit tout d'abord bien se connaître pour mener à bien sa fonction managériale, repérer sa propre pratique, ses propres réactions et leurs effets sur l'équipe. La communication doit être au cœur de sa fonction managériale, prioritairement (lien, écoute, disponibilité,...). Il doit fédérer l'équipe dans une culture et des valeurs communes. Cette reconnaissance et cette appartenance à une équipe favorisent la cohésion, mais procurent aussi un sentiment d'un service où il fait bon vivre. Le cadre de santé peut contribuer à décloisonner la communication et favoriser un climat propice à la prise de décisions et à l'innovation.

Ensuite, le cadre de santé cherche avec l'équipe de soignants à donner sens au travail de chacun. « *D'après Lars Svendsen¹²⁸, ce qui a du sens, c'est ce qui correspond à un projet, une intention d'action vers le monde extérieur justifiée aux yeux du sujet. Que ce soit collectif ou individuel, l'individu ne peut en trouver les raisons, les motifs qu'en dehors de lui-même, dans quelque chose qui le transcende* ». ¹²⁹ En fait, donner un sens au travail soignant, c'est réfléchir ensemble (encadrant et soignants) afin de définir les règles, les valeurs, la culture professionnelle du « *beau travail* » ¹³⁰ dans des contraintes organisationnelle et économique réelles. Faire cela donne sens « *aux efforts fournis dans le travail et permet de conforter l'identité professionnelle* » ¹³¹ de chaque soignant. Donner un sens, c'est aussi donner de la valeur et positiver le travail réalisé par chacun. Cette recherche de sens fait le lien avec l' « *activité déontique* » décrite par C. Dejours, déjà évoquée.

Ces réflexions sur les conditions d'exercices individuelles et collectives, sur les limites et les champs d'autonomie, initiées par le cadre de santé permettent :

- de créer une équipe œuvrant dans un même sens avec des individus pourtant uniques et ainsi développer l'esprit d'équipe ;
- d'avoir aussi une feuille de route pour vérifier les conditions de collaboration entre professionnels, le respect des protocoles de soins et de sécurité, la qualité des soins dispensés dont il est responsable ;
- d'étendre le travail vers la mise en place de fiches de poste (permet aux professionnels de trouver sa place au sein de l'équipe), la gestion du dossier de soins (la qualité et la pertinence de ses informations, son organisation, son utilité,...), et en EHPAD de s'appuyer sur le développement du projet de vie de chaque résident (permettant aussi de discuter en équipe sur les objectifs d'intervention afin d'uniformiser les actions).

¹²⁸ Philosophe allemand.

¹²⁹ Loriol Marc (chercheur au CNRS), Donner un sens à la plainte de fatigue au travail, *L'année sociologique*, 2003/2 vol 53. p 475.

¹³⁰ Le travail bien fait. Rejoint la valorisation du travail de C. Dejours.

¹³¹ Loriol Marc, Donner un sens à la plainte de fatigue au travail, *L'année sociologique*, 2003/2 vol 53. p 475.

Bien sûr pour ces 3 derniers points, le cadre de santé demande le soutien du médecin du service, de l'assistante sociale, du kinésithérapeute, de l'ergothérapeute ou tout autre professionnel pouvant éclairer les situations pour son expertise.

L'encadrant développe les dimensions de la hardiesse chez les soignants dans l'objectif de prévenir le SEPS (sens de l'engagement, sens de la maîtrise, sens du défi).

Dans le cadre de la gestion du tableau de service, le cadre de santé manage le personnel de manière équitable et humaine. Il est vigilant au cycle de travail, aux échanges de repos ou de congés... des soignants afin de veiller à leur temps de repos nécessaire à leur bien-être. De plus, face aux absences le cadre de santé met en place une solution (avec les moyens dont il dispose) afin de ne pas alourdir la charge de travail des professionnels ou ne pas créer des situations de glissements de tâches (négociation avec la hiérarchie).

Le suivi individuel de chaque soignant est programmé grâce à l'entretien annuel des agents. Ce moment doit être constructif où le bilan de l'année écoulée est réalisé et des objectifs pour l'année à venir seront définis. Cet échange permet d'aborder la formation professionnelle souhaitée et le projet professionnel de chacun. Cet entretien favorise l'expression de l'agent sur ses difficultés professionnelles ou collectives.

Le cadre de santé peut proposer la mise en place de groupe de parole, de supervision.

Le Développement Professionnel Continu (DPC) est en lien avec le projet professionnel du soignant.

En EHPAD, il est primordial de promouvoir des formations sur la prise en charge des personnes âgées démentes avec ou sans trouble du comportement. Cela permet de renforcer les savoirs et d'accroître les compétences des professionnels. Les formations institutionnelles comme l'« humanitude »¹³² peuvent développer des compétences nouvelles chez les soignants en tenant compte du contexte réel organisationnel de la structure. Cette formation inclus un suivi qui formalise un débriefing permettant aux agents d'exprimer leurs expérimentations, les difficultés et leurs réussites. Cela lutte contre la maltraitance et valoriser la bientraitance.

De plus, le cadre de santé conduit des projets d'amélioration de la qualité de soin. Il peut utiliser la démarche d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) avec la cellule qualité de son établissement et les soignants pour améliorer les pratiques, responsabiliser et valoriser le travail

¹³² « Le concept d'humanitude repose sur une définition de l'homme comme animal communiquant doté de capacités et vivant dans un milieu particulier, ce qui implique des besoins propres à l'espèce humaine. Ce concept a été popularisé et adapté aux soins des personnes âgées par Yves Gineste et Rosette Marescotti il y a 30 ans. La méthode ainsi mise au point a montré son efficacité vis-à-vis des personnes atteintes de maladies neurodégénératives de type Alzheimer et apparentées. Elle vise à restituer à la personne sa dignité d'être humain et s'inscrit ainsi dans une démarche de bientraitance. », selon le site : <http://www.bientraitance.fr/qu%E2%80%99est-ce-que-l%E2%80%99humanitude/>, consulté le 08/05/13.

des soignants. Le cadre de santé est l'interface entre les supérieurs hiérarchiques, les soignants, le patient et l'équipe médicale. Il est responsable de la gestion et de l'animation de l'équipe.

Ensuite, au travers du plan d'équipement, le cadre de santé peut améliorer les conditions d'exercice du travail des soignants. En faisant participer ces derniers et en priorisant les besoins en matériel de manutention, en aménagement de la structure, en matériel de soins, d'hôtellerie... il informe les agents du suivi de ce plan et de ces échéances. Le cadre est aussi responsable du bon fonctionnement et de la bonne utilisation du matériel (ancien ou nouveau) par l'équipe soignante. Donc il prévoit la mise en place de formations tout au long des années à l'utilisation de ce matériel tout en veillant à sa vérification et conformité technique.

Enfin, le cadre de santé ne peut agir seul dans plusieurs domaines. Certaines dispositions légales permettent de tenir compte des conditions de travail. Ainsi au titre de la démarche qualité et de la gestion des risques, le cadre de santé est responsable dans la prévention des risques, le signalement des événements indésirables et la satisfaction des patients.

Comme tout salarié, le cadre de santé a le droit d'alerter la direction et les instances prévues par le code du travail (le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT¹³³), l'inspection du travail¹³⁴, la médecine du travail¹³⁵) sur des mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité.

¹³³ « Constitué dans tous les établissements occupant au moins 50 salariés, le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Composé notamment d'une délégation du personnel, le CHSCT dispose d'un certain nombre de moyens pour mener à bien sa mission (information, recours à un expert...) et les représentants du personnel, d'un crédit d'heures et d'une protection contre le licenciement. » Selon le site : <http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques.89/fiches-pratiques.91/sante-conditions-de-travail.115/le-comite-d-hygiene-de-securite-et.1048.html> (consulté le 05/03/13)

¹³⁴ « L'inspection du travail est assurée essentiellement par des inspecteurs et contrôleurs du travail en charge du contrôle des entreprises et du renseignement du public. Contrôler, informer, conseiller, concilier, décider : les missions de l'inspection du travail sont étendues tout comme ses moyens d'actions (droit d'entrée dans l'entreprise, de constater les infractions...). Les agents de l'inspection du travail sont soumis à un certain nombre d'obligations (impartialité, confidentialité des plaintes, ...) et de droits, en tête desquels la protection contre les obstacles à l'exercice de ses missions. » Selon le site : http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques.89/fiches-pratiques.91/litiges-et-conflits-du-travail.124/l-inspection-du-travail.1123.html#sommaire_1 (consulté le 05/03/13)

¹³⁵ « La médecine du travail a pour but d'éviter toute altération de la santé des salariés en raison de leur travail. Dans ce but, le médecin du travail est amené à effectuer régulièrement des examens médicaux auprès des salariés. » Selon le site : <http://vosdroits.service-public.fr/F2211.xhtml> (consulté le 05/03/13)

Le document unique, créé par décret en 2001, permet de lister les risques professionnels et peut être un vrai atout pour un cadre de santé afin de promouvoir un projet concernant la lutte contre l'épuisement professionnel soignant.

Pour tous ces sujets, le partenariat avec la direction et le médecin du travail est indispensable.

2.5.3 Le dépistage

Grâce à sa proximité avec les soignants et son type de management, le cadre de santé connaît les professionnels qu'il encadre. Il doit être vigilant et attentif à tout changement d'attitude des soignants en privilégiant l'échange. Au moindre doute sur l'épuisement d'un soignant, le cadre de santé peut le diriger vers le médecin du travail ou traitant.

Il existe des outils d'évaluation du SEPS. Ils sont utilisés lors d'études ou de recherche. Il est possible au cadre de santé de mettre en œuvre l'évaluation du SEPS pour un suivi au sein de l'équipe soignante. L'outil privilégié est le MBI qui est sous forme d'un auto-questionnaire. En effet, l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) a fait l'inventaire des outils d'évaluation des risques psychosociaux. Selon lui, « *bien que le MBI soit très largement utilisé dans les recherches sur le burnout et bien qu'il soit édité comme test psychologique aux Etats-Unis, la version française de cet inventaire n'a donné lieu à aucune édition similaire* »¹³⁷.

Je pense, cependant, que c'est un outil utile pour mesurer le SEPS. En effet nous avons vu qu'elle tient compte des 3 dimensions du « *burnout syndrome* ». Evidemment, il est important de réfléchir aux conditions dans lesquelles cette évaluation est réalisée puis utilisée afin de construire un projet validé par sa hiérarchie et le service de médecine au travail.

2.5.4 La prise en charge

La prise en charge du SEPS n'est pas une réelle mission du cadre de santé. Des spécialistes comme des psychologues ou des médecins du travail sont formés pour agir et proposer des solutions. A contrario, le cadre de santé reste une personne centrale pour orienter, guider et proposer des pistes aux soignants en épuisement professionnel.

¹³⁷ <http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=FRPS%2026> (consulté le 23/12/12).

En conclusion, je pense que le rôle et les missions du cadre de santé dans le SEPS sont plus de l'ordre de la prévention que de la prise en charge. La prévention est importante par le type de management du cadre de santé, et l'amélioration des conditions de travail des soignants. Le dépistage est possible grâce au MBI, alors que la prise en charge reste le rôle des professionnels de la médecine du travail.

Le SEPS fait partie des risques psychosociaux (RPS) comme le formule l'INRS. Je vais donc définir de quoi il s'agit et préciser son cadre législatif.

2.6 Les risques psychosociaux

« Les risques psychosociaux sont au centre du débat public à cause des événements dramatiques (suicides sur les lieux de travail) de ces dernières années. Mais les entreprises ont aussi compris que l'efficacité économique et sociale passe par la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail ». ¹³⁸

Je vais donc définir succinctement les RPS et leurs aspects législatifs.

2.6.1 La définition

Selon le ministère du travail, « les risques psychosociaux ne sont définis, ni juridiquement, ni statistiquement, aujourd'hui, en France. Ils sont à l'interface de l'individu et de sa situation de travail d'où le terme de risque psychosocial. Sous l'entité RPS, on entend stress mais aussi violences internes (harcèlement moral ou sexuel) et violence externe (exercés par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés) » ¹³⁹.

Cette définition associe donc les RPS aux stress et aux violences. Je comprends alors pourquoi le SEPS est intégré aux RPS. En effet le développement du « burnout syndrome » est lié aux stress du travail, comme dans la définition des RPS.

Depuis 2011, un groupe d'experts propose une autre définition des RPS. Pour eux ce sont des « risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental » ¹⁴⁰. Cette explication est plus large et intègre l'organisation et les relations interpersonnelles comme des facteurs de risques du SEPS comme nous l'avons abordé.

¹³⁸ Valléry G. et Leduc S. *Les risques psychosociaux*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, p 11.

¹³⁹ <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html> (consulté le 27/12/12)

¹⁴⁰ Par le collège d'expertise sur le suivi des RPS formé fin 2008 par l'INSEE à la demande du ministère du travail, dont le rapport final a été rendu le 11 avril 2011, www.college-risquespsychosociaux-travail.fr.

2.6.2 Les aspects législatifs

La législation française dispose de lois juridiques en matière de « *conditions de travail, inscrites dans le code du travail obligeant l'employeur à protéger le travailleur, sur le plan de la santé et de la sécurité* ». Elle permet de lutter contre les RPS en s'appuyant sur plusieurs textes :

- « *La directive-cadre européenne 89/391/CEE (12 juin 1989), transposée en droit français par la loi du 31 décembre 1991, définit en particulier l'obligation pour le chef d'établissement de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs (art. L. 4121-1 et suivants du code du travail)* » ;
- « *la loi du 17 janvier 2002 dite de « modernisation sociale » introduit dans le droit le terme de « harcèlement moral »* ;
- « *l'accord national du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail* » déterminant 2 objectifs principaux :
 - « *améliorer la prise de conscience et la compréhension* » de tous afin « *de prévenir, réduire ou éliminer ces phénomènes* » ;
 - « *apporter aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants un cadre concret pour l'identification, la prévention et la gestion des problèmes associés aux phénomènes de harcèlement et de violence au travail* ». ¹⁴¹

En conclusion, le directeur d'établissement est responsable de la sécurité et de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs. Le SEPS faisant partie des RPS, le chef d'établissement a donc la responsabilité de la prévention de ce risque. Comme je l'ai exposé, je pense que le cadre de santé est un acteur privilégié dans le domaine de la prévention et du dépistage de ce risque.

¹⁴¹Ibid., p 20-23.

3 Mes hypothèses

Mes questionnements et les lectures sur le thème du SEPS ainsi que ce parcours écrit intégrant ma vision du rôle du cadre en EHPAD (sur ce thème), m'ont permis d'appréhender l'étendu de ce sujet.

Afin d'éviter que le « *burnout syndrome* » soit un fourre-tout, reste une impression et demeure un sujet tabou sur lequel un cadre de santé ne peut agir, il est important, en tant que future professionnelle, d'en connaître ses risques et ses signes.

Ainsi le cadre de santé peut mettre en place un management éthique pour prévenir l'épuisement professionnel. En effet, le bien-être de l'équipe soignante et les conditions de travail optimales doivent être au centre de ses préoccupations afin d'améliorer la prévention et le dépistage des agents présentant un SEPS. Pour développer la qualité de prise en charge des résidents il est important de mettre en évidence les difficultés d'organisation.

Un projet se menant en collaboration avec la Direction, le médecin du travail et les instances telles que le CHSCT, me paraît indispensable en EHPAD.

Le cadre de santé ne peut agir efficacement que s'il connaît les signes et les risques du SEPS. Alors je m'interroge :

« *Le niveau de connaissance des cadres de santé, sur le thème de l'épuisement professionnel en EHPAD, est-il suffisant pour l'appréhender efficacement ?* »

Face à cette problématique mes hypothèses de travail sont doubles :

« *Les cadres de santé en EHPAD manquent de connaissances sur le syndrome professionnel soignant ce qui ne leur permet pas de le dépister.* »

« *Les cadres de santé en EHPAD sont vigilants au SEPS, mais n'utilisent pas les outils d'évaluation de ce syndrome, tel que le MBI, car ils ne le connaissent pas.* »

Afin de valider ou d'invalider mes hypothèses, j'ai réalisé un questionnaire qui a été adressé aux encadrants¹⁴² d'EHPAD. En parallèle, j'ai mené des entretiens auprès de médecins du travail sur le rôle du cadre de santé face au SEPS.

Je vais donc vous présenter les méthodes utilisées, les conditions de l'enquête et des entretiens, les résultats de ceux-ci ainsi que l'analyse, les difficultés et les limites de toutes ces démarches.

¹⁴² J'utilise ici et pour la suite le terme d'encadrants qui inclut les cadres de santé mais aussi les « faisant fonction » de cadre de santé, les infirmières coordinatrices ou référentes qui exercent cette fonction dans les différents EHPAD en France.

4 La méthode

4.1 Le questionnaire

Afin d'évaluer les connaissances ainsi que les actions mises en place par les encadrants d'EHPAD sur l'ensemble de la France, j'ai choisi d'utiliser le questionnaire (Annexe 2 : Questionnaire).

Celui-ci est construit en 3 parties. Dans la première se trouve des données permettant de situer l'encadrant dans son exercice et son environnement de travail.

La seconde partie contient des questions de connaissance sur le SEPS, sur l'existence et l'utilisation d'outils dans les domaines de prévention, de dépistage ou de prise en charge du « *burnout syndrome* » au sein de l'EHPAD.

Enfin, la dernière partie est facultative et permet de rendre compte du ratio de personnel sur une journée dans la structure et les coordonnées de l'encadrant pour un entretien éventuel..

4.2 Les entretiens

Je souhaitais obtenir un autre regard sur le rôle du cadre de santé en EHPAD face au SEPS, alors j'ai voulu interroger des médecins du travail. En effet ce sont des professionnels ressources pour le cadre de santé.

D'abord j'ai envoyé par mail 2 questions à des médecins du travail (Annexe 3 : Questions aux médecins du travail). J'ai obtenu leurs coordonnées par l'intermédiaire d'étudiants cadre de santé de l'ESM (médecins du travail de leur structure d'affectation).

Sur 5 messages envoyés, je n'ai reçu qu'une seule réponse. Mais 2 médecins m'ont proposé un entretien. En effet, ils ne pouvaient me répondre estimant que le sujet était trop vaste.

Finalement, j'ai pu obtenir des entretiens avec 4 médecins du travail. Afin de préparer ces interviews, j'ai réalisé un guide reprenant l'ensemble des questions abordées avec les encadrants et intégrant les 2 questions spécifiques envoyées par mail (Annexe 4 : Guide d'entretien).

4.3 Les conditions d'enquête

J'ai choisi d'utiliser l'annuaire sanitaire et social¹⁴³ des EHPAD sur internet afin de toucher l'ensemble des structures du territoire français métropolitain. J'ai donc sélectionné au hasard, dans chaque région de France, 1 à 2 établissements.

Ainsi 36 questionnaires ont été envoyés par courrier le 7 mars 2013. 18 dans des établissements du secteur privé, 14 dans le public et 3 dans l'associatif. Une lettre explicative (Annexe 5 : Lettre d'accompagnement) accompagnait le questionnaire ainsi qu'une enveloppe timbrée à mon adresse pour le retour de la réponse.

Enfin, le 17 mars et le 8 avril, j'ai envoyé un mail adressé aux encadrants dans chaque établissement. Il contenait à la fois un rappel (pour inciter les encadrants à répondre) et des remerciements pour les personnes ayant déjà répondu au questionnaire.

¹⁴³ Site : <http://www.sanitaire-social.com/annuaire/ehpad/30>, consulté le 6 mars 2013.

4.4 Les conditions d'entretien

J'ai rencontré les 4 médecins du travail dans leur bureau au sein de leur établissement. Les entretiens ont duré de 30 à 60 minutes. Nous n'avons pas été interrompus.

5 Les résultats

5.1 Les questionnaires

Le taux général de réponse aux questionnaires est de 49% ($n^{144}=17$). Les encadrants du secteur public ont répondu à 50% ($n=7$), ceux du secteur privé à 39% ($n=7$) et ceux du secteur associatif à 100% ($n=3$).

Les encadrants qui travaillent dans le secteur public ont répondu plus largement que ceux du secteur privé. Mais le nombre de réponse reste faible. Est-ce que le sujet n'intéresse pas les cadres de santé ? Est-ce que le sujet les mets mal à l'aise et ne souhaite pas répondre ?

5.1.1 La population interrogée

L'échantillon se compose des encadrants ayant répondu aux questionnaires. On retrouve 7 personnes travaillant dans le secteur public (soit 44%), 7 dans le secteur privé (soit 33%) et 3 (soit 13%) dans le secteur associatif (Figure 2 : Répartition des types d'établissement suivant l'échantillon de réponses reçues).

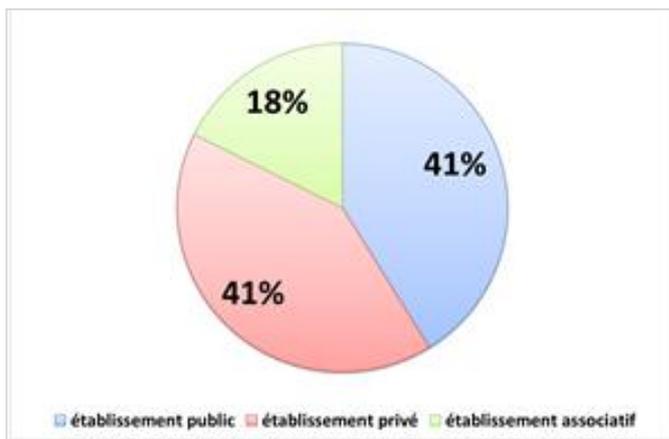


Figure 3 : Répartition des types d'établissement de l'échantillon des réponses reçues ($n=17$)

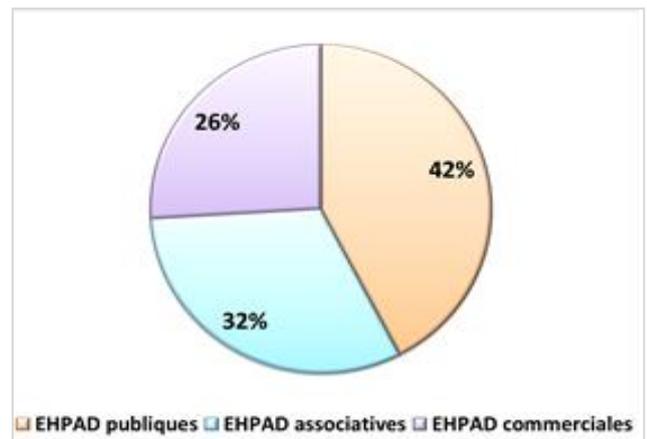


Figure 2 : Répartition des types d'établissement d'EHPAD en France en 2007

¹⁴⁴ « n » correspond à l'effectif.

La répartition des types d'établissement d'EHPAD de mon échantillon ne reflète pas la répartition des types d'établissement d'EHPAD en France. En effet les derniers chiffres du dossier de la DREES n°36 de 2013 : « *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux* »¹⁴⁵ montrent qu'il existe plus d'EHPAD associatives en France que dans mon échantillon et moins de structures publiques (Figure 3 : Répartition des types d'établissement d'EHPAD en France en 2007).

La répartition des diplômes des encadrants d'EHPAD montre que seuls 41% (n=7) de ceux-ci détiennent un diplôme de cadre de santé (Figure 4 : Répartition des diplômes chez les encadrants d'EHPAD). Seules les détentrices de ce diplôme disent avoir cette fonction.

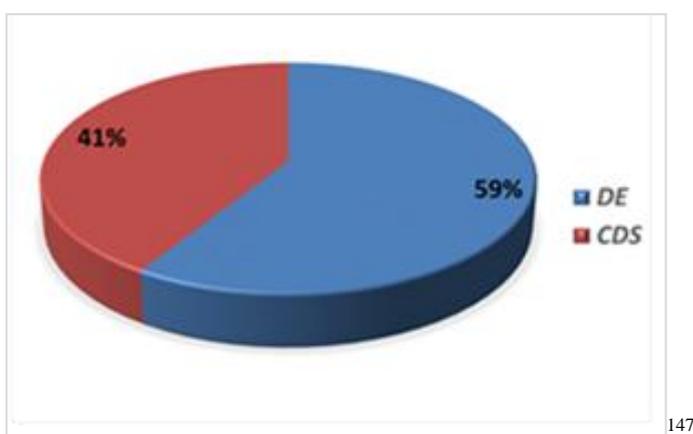


Figure 4 : Répartition des diplômes chez les encadrants d'EHPAD (n=17)

59% (n=10) des encadrants d'EHPAD sont des infirmières. Leurs fonctions diffèrent suivant le lieu d'exercice : infirmière coordinatrice à 41%, infirmière référente à 12% et « faisant fonction » de cadre de santé à 6%.

47% (n=8) des encadrants d'EHPAD disposent d'un diplôme provenant de l'université. Ainsi 20% des infirmières et 80% des cadres de santé ont un complément de formation divers et varié.

On retrouve comme types de diplôme :

* 4 master, 3 encadrants ont précisé le type : gestion et management des établissements de santé, ingénierie (projet, formation, ressources humaines), management des organisations sanitaires et sociales ;

¹⁴⁵ DREES n°36 de 2013 : « *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux* » Melina RAMOS-GORAND, Dossiers solidarité et santé n°36, janvier 2013, Publié le 30 janvier 2013.

¹⁴⁷ DE correspond à infirmière et CDS correspond à cadre de santé pour ce graphique et tous les suivants.

* 3 Diplômes Universitaires (DU) dont 1 en éducation à la santé, 1 en santé publique et le dernier soignante psychogériatrique ;

* 2 licences dont 1 en sciences de l'éducation et 1 en administration publique.

Les informations croisées concernant le diplôme obtenu et le type d'établissement de travail me permettent de déduire que les encadrants de l'échantillon qui ont obtenu un diplôme de cadre de santé, travaillent majoritairement (86% soit n=6), dans les structures publiques (Figure 5 : Répartition des encadrants selon leur diplôme et leur lieu d'exercice).

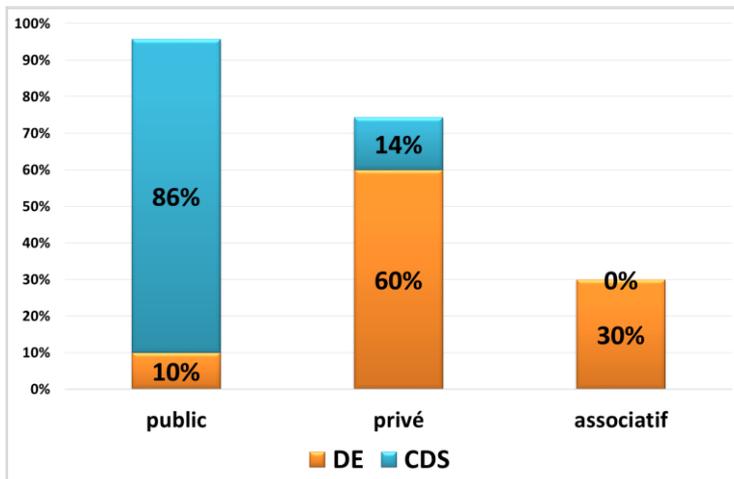


Figure 5 : Répartition des encadrants selon leur diplôme et leur lieu d'exercice (n=17)

Les encadrants infirmières, peu importe le titre de leur fonction, travaillent généralement dans le secteur privé ou associatif.

Je n'ai pas demandé l'âge, ni le nombre d'années d'exercice dans la fonction, donc je ne peux l'évaluer ou le mettre en perspective avec le temps d'exercice des encadrants dans leur poste.

Il existe une hétérogénéité du nombre d'année d'exercice. Ainsi, la moyenne générale montre un temps d'exercice de 4 ans et 5 mois dans la fonction, le minimum étant de 1 mois et le maximum de 27 ans (Figure 6 : Temps d'exercice du poste suivant le diplôme, en année). Mais on constate que les cadres de santé ont un temps d'exercice plus long (10 ans en moyenne) alors que les infirmières, quelle que soit leur fonction, l'exercent depuis en moyenne 1 an et 7 mois.

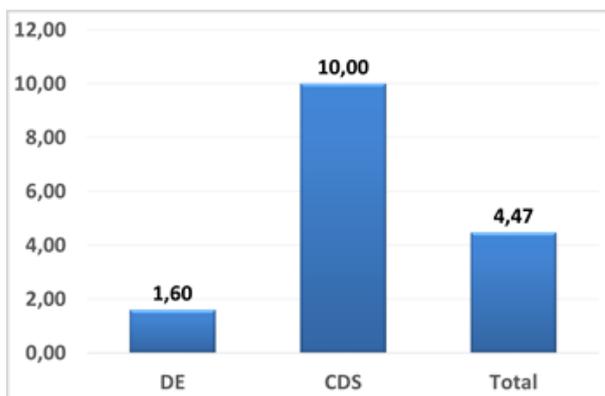


Figure 6 : Temps d'exercice du poste suivant le diplôme, en année (n=17)

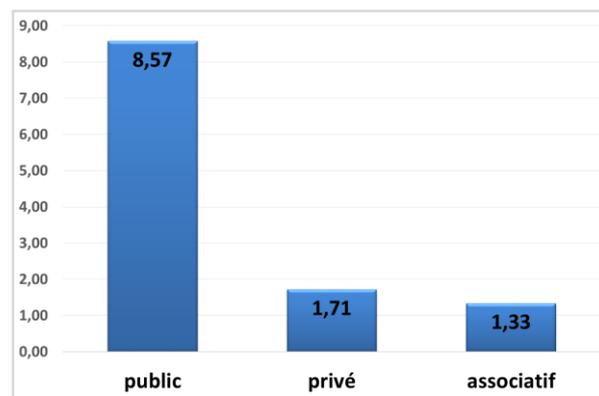


Figure 7 : Temps d'exercice du poste selon les types d'établissement d'EHPAD (n=17)

Nous retrouvons cette différence entre le temps d'exercice du poste et le type d'établissement employeur. Les encadrants travaillant dans le secteur public sont en poste depuis en moyenne 8 ans et 7 mois alors que ceux du secteur privé le sont depuis 1 an et 8 mois et ceux du secteur associatif depuis 1 an et 4 mois (Figure 7 : Temps d'exercice du poste selon les types d'établissement d'EHPAD).

Comme les cadres de santé exercent majoritairement dans des structures du secteur public, je ne compare donc plus les données selon les structures car elles s'approchent des données par diplômes. Les données par diplôme montrent les différences existantes entre les encadrants qui ont un diplôme de cadre de santé et les infirmières exerçant la fonction d'encadrement sans celui-ci.

Les questions portant sur le nombre de lits et le nombre de personnel présents dans les structures d'EHPAD ne sont pas pertinentes car disparates et ininterprétables. En effet, sans autres paramètres comme l'architecture, l'ancienneté, le type de personnes âgées pris en charge, l'organisation, le type de professionnels,... je ne ferais qu'un raccourci ou une interprétation rapide sans réel fondement.

Je constate seulement que les structures de l'échantillon hébergent entre 27 et 160 résidents, la moyenne se situant à 99 lits.

Le nombre de personnel est incomparable. En effet je n'avais pas proposé d'unité donc je ne sais pas si les réponses sont en ETP ou en nombre de professionnels, le type de fonction comptabilisé par chaque encadrant.

¹⁴⁸ Pour les Figure 6 et 7, les chiffres sont en année et en centième d'année (soit 6 mois = 0,5).

La question de la proportion de prise en charge de personnes présentant des troubles cognitifs et du comportement dans les structures est variée selon les EHPAD. Elle se situe entre 16% et 100%, la moyenne étant à 63% (sur 13 établissements car 2 n'ont pas répondu).

Ainsi toutes les EHPAD prennent en soins des personnes présentant des troubles du comportement.

En conclusion, mon échantillon montre que les encadrants d'EHPAD ont, uniquement pour moitié, des diplômes de cadre de santé. Ces derniers travaillent dans les établissements du secteur public, depuis 10 ans en moyenne. A contrario, les infirmières sont encadrantes de structures du secteur privé ou associatif. Elles sont en poste depuis peu de temps, en moyenne 1 an et demi. Il est difficile de dépister des signes d'épuisement professionnel chez des soignants que l'on ne connaît pas depuis longtemps. Le peu de temps d'exercice des infirmières en tant qu'encadrante peut mettre en évidence soit le hasard (l'échantillon contient beaucoup de structures qui ont changé d'encadrant il y a peu de temps), soit que les structures ont des difficultés pour fidéliser leur encadrant. Dans cette dernière hypothèse, plusieurs facteurs pourraient expliquer ce phénomène dont : les mauvaises conditions de travail, le manque d'intérêt, les responsabilités, le niveau de salaire,...).

5.1.2 Les réponses au questionnaire

Maintenant je vais exploiter les réponses aux questions concernant les connaissances et les actions des cadres de santé face à l'épuisement professionnel. Pour cela je les traiterai dans l'ordre du questionnaire.

Question 1 : Que représente pour vous l'épuisement professionnel ?

24%, c'est-à-dire 4 encadrants n'ont pas répondu à cette question. Cela fait environ $\frac{1}{4}$ des encadrants qui n'ont pas su répondre ou qui n'ont pas voulu donner une réponse à la question.

Ainsi je peux émettre l'hypothèse que les encadrants ne connaissent pas assez le sujet de l'épuisement professionnel pour en donner une définition. Alors en mettant en parallèle la suite du questionnaire, je constate que 100% des encadrants qui n'ont pas répondu à cette question font partie de ceux qui déclarent ne pas bien connaître ce sujet.

Pour une meilleure compréhension, j'ai classé et regroupé les réponses par catégories :

* le « *burnout* » a été cité 3 fois (23%) comme étant égal à l'épuisement professionnel ;

- * le mal être au travail est développé en ces termes : « *les risques psychosociaux* », « *la difficulté pour un agent à ne pas pouvoir faire face à la souffrance psychologique, physique ou sociale du patient* », « *des maux qui sont exprimés par le corps* » ;
- * la différence entre le travail idéal et le travail réel est exprimé ainsi : « *une attente trop importante par rapport à l'apport réel professionnel* », « *la frustration* » ;
- * « *le stress* » a été nommé 2 fois (15%) ;
- * les signes de l'épuisement professionnel ont été précisés par l'absentéisme et formulés ainsi : « *arrêt de travail* », « *la gestion des plannings liée aux absences* ». Les comportements des soignants sont décrits comme suit : « *réactivité à fleur de peau* », « *fatigue* » (citée 2 fois), « *l'incapacité pour la personne à assumer les missions qui lui sont confiées dans son cadre professionnel voire dans un ordre privé également* » (écrit 3 fois), « *la démotivation* » (retrouvé 3 fois), « *la perte de sens du travail* », « *le risque de maltraitance des personnes soignées* » (noté 2 fois), « *entrée dans une certaine routine pour se protéger* ».

Je retrouve donc dans toutes les réponses les 3 dimensions du SEPS, c'est-à-dire :

- * l'épuisement émotionnel (par « *la fatigue* », « *l'absentéisme* », « *réaction à fleur de peau* ») ;
- * la déshumanisation de la relation à l'autre (par « *le risque de maltraitance des personnes soignées* », « *la démotivation* », « *entrée dans une certaine routine pour se protéger* ») ;
- * la diminution de l'accomplissement personnel et une frustration dans son travail (par « *l'incapacité pour la personne à assumer les missions qui lui sont confiées dans son cadre professionnel* », « *la perte de sens du travail* »).

De plus, le processus du SEPS est apparu par les notions de « *stress* » et de « *ne pouvoir faire face à* » mettant en avant les troubles de l'adaptation sans qu'ils soient exprimés clairement.

Mais je n'ai retrouvé aucune réponse complète.

Chaque encadrant a choisi de proposer son interprétation car je ne demandais pas une définition dans l'énoncé de ma question mais seulement la représentation de l'épuisement professionnel pour l'encadrant. Chacun l'a interprété comme il l'a souhaité.

Question 2 : Avez-vous le sentiment de bien connaître le sujet de l'épuisement professionnel ?

8 encadrants (soit 47%) ont estimé bien connaître le sujet de l'épuisement professionnel (1 IDE a précisé qu'elle avait été formée au RPS), alors que 9 encadrants (soit 53%) ont estimé ne pas bien le connaître.

En répartissant les réponses des encadrants selon leur diplôme, je constate que, de manière proportionnelle, les cadres de santé expriment le fait qu'elles connaissent bien le SEPS à 60% (n=6). Inversement, les infirmières notent qu'elles ne connaissent pas bien le sujet de l'épuisement professionnel à 57% (n=4), (Figure 8 : Répartition des réponses des encadrants, en moyenne et

selon le diplôme, à la question : « Avez-vous le sentiment de bien connaître le sujet de l'épuisement professionnel ? »).

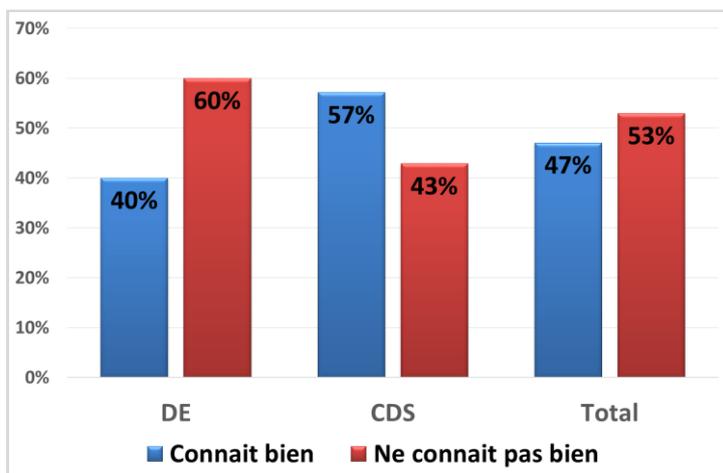


Figure 8 : Répartition des réponses des encadrants, en moyenne et selon le diplôme, à la question : « Avez-vous le sentiment de bien connaître le sujet de l'épuisement professionnel ? » (n =17)

150

Le sentiment de connaissance et de non connaissance de l'épuisement professionnel soignant par les encadrants est très proche. Mon échantillon est trop petit pour pouvoir l'interpréter. Je suppose que la moitié des encadrants d'EHPAD pensent ne pas bien connaître l'épuisement professionnel, qu'ils soient ou pas détenteurs de diplôme de cadre de santé.

Question 3.1 : Pensez-vous que le fait de travailler dans le secteur EHPAD est un facteur de risques favorisant l'épuisement professionnel soignant ?

La majorité des professionnels encadrant le personnel d'EHPAD (82% soit n=14) pense que le fait de travailler dans ce type d'établissement est un facteur de risques du SEPS (Figure 9 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Pensez-vous que le fait de travailler dans le secteur EHPAD est un facteur de risques favorisant l'épuisement professionnel soignant ? »).

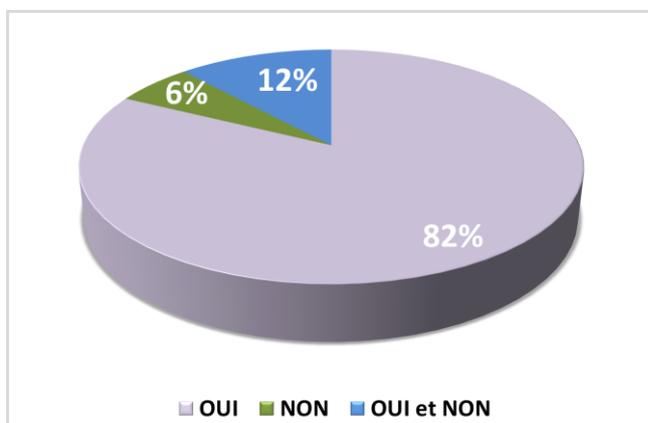


Figure 9 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Pensez-vous que le fait de travailler dans le secteur EHPAD est un facteur de risques favorisant l'épuisement professionnel soignant ? » (n=17)

¹⁵⁰ Total représente la moyenne des réponses dans ce graphique et les suivants.

2 cadres de santé (29%) ont fait une réponse médiane (oui et non), sans autre précision.

Effectivement lorsque nous avons abordé les risques des SEPS, le travail en EHPAD pouvait être un facteur supplémentaire de l'épuisement professionnel. Toutefois il existe des risques dans tous les secteurs d'activité liés aux spécificités du travail en relation avec les autres.

Question 3.2 : Si oui pourquoi ? (cocher les réponses qui vous conviennent, plusieurs réponses sont possibles)

Les 5 premiers risques (plus de 53% des réponses de l'échantillon) les plus cochés par l'ensemble des encadrants sont :

- * la charge de travail à 82%, elle est sous entendue importante,
- * le manque de personnel à 65%,
- * la contrainte temps/travail à 59%,
- * la prise en charge de personnes démentes à 53%,
- * 53% des encadrants ont proposé d'autres facteurs de risques que je détaillerai par la suite (Figure 10 : Répartition des facteurs de risques de l'épuisement professionnel en EHPAD selon les encadrants).

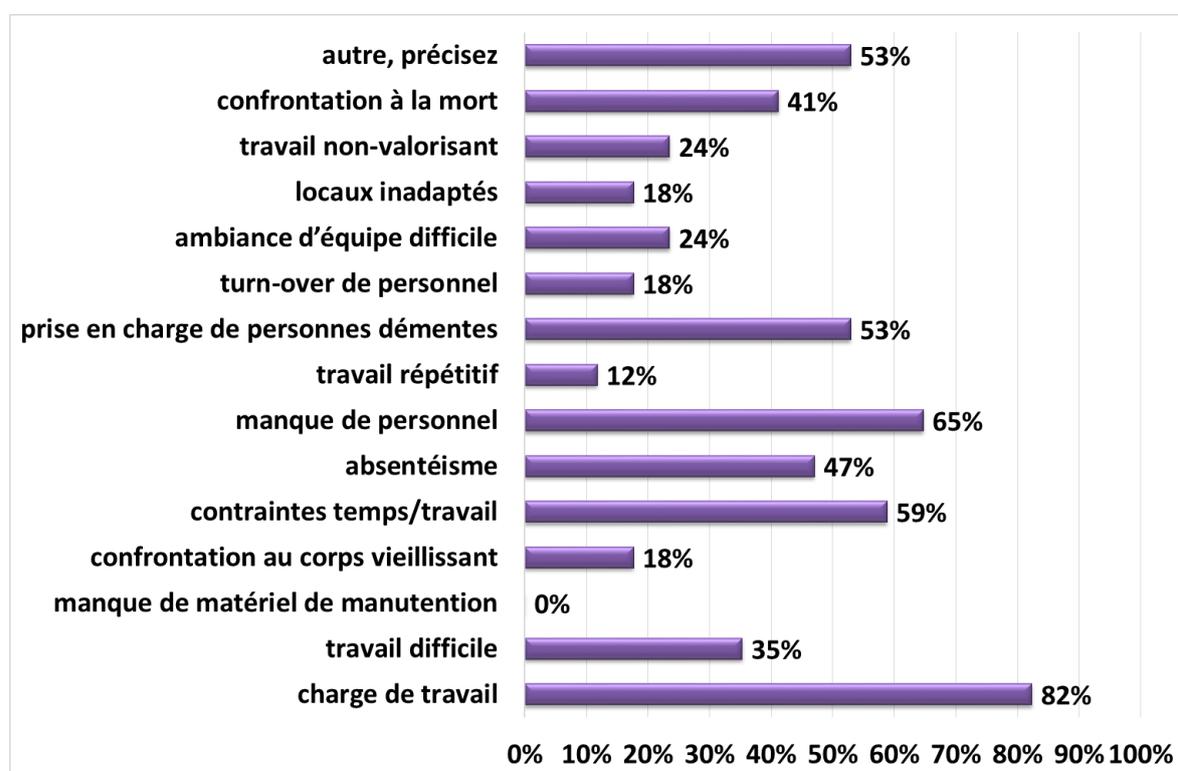


Figure 4 : Répartition des facteurs de risques de l'épuisement professionnel en EHPAD selon les encadrants (n=17)

Lorsque je compare les facteurs de risques en EHPAD choisis par les cadres de santé et ceux cochés par les infirmières il y a une légère différence. En effet, pour les cadres de santé et les infirmières, le facteur de risques, le plus coché est bien la charge de travail (à 100% pour les cadres de santé et à 73% pour les infirmières). Mais le second facteur de risques le plus représenté par les cadres de santé est l'absentéisme à 83%, alors que, pour les infirmières, c'est le manque de personnel à 67%. L'absentéisme n'a été cité qu'à 27% par les infirmières alors que le manque de personnel représente la 3^{ème} proposition la plus représentée par les cadres de santé à 67%.

La contrainte temps/travail est proposée comme facteur de risques à 50% pour les cadres de santé alors qu'il est de 64% pour les infirmières. Celles-ci ont priorisé le facteur de risques de la prise en charge de personnes démentes à 64% alors que les cadres de santé ont proposé d'autres facteurs de risque d'épuisement professionnel en EHPAD à 67%.

Je pourrais penser qu'il manque plus de personnel dans les structures privées ou associatives et qu'il existe un absentéisme plus important dans le secteur public que dans le privé ou l'associatif. Mais c'est un raccourci sans réelle substance. En effet, les variables des risques du SEPS dépendent de plusieurs facteurs comme nous l'avons déjà vu.

Tous les encadrants ayant coché « *autre* » ont proposé les facteurs de risques de l'épuisement professionnel suivant :

- * pour 3 encadrants (soit 20%), la notion de « *pression de la part des familles sur le personnel* » est importante ;
- * pour 2 cadres de santé (soit 15%), « *la dévalorisation par les soignants de leur travail* », l'une des 2 cadres rajoute le « *sentiment de maltraitance* » et « *le non-respect du rythme de la personne âgée* ».

D'autres notions ont été développées à une seule reprise :

- * « *la mauvaise entente, soit avec la direction, soit avec le médecin coordinateur* »,
- * « *la personnalité de chacun* »,
- * « *la non reconnaissance de la direction* » (du travail effectué par les soignants),
- * « *le manque de formation* » (surtout pour la prise en charge des résidents déments, et face à la mort),
- * « *l'entrée de résidents plus dépendants restant peu sur l'EHPAD* »,
- * « *l'importance des équipes au sein de l'établissement* » (nombre important de soignants dans l'équipe).

À l'exception des 2 derniers facteurs de risques cités, les autres propositions ont déjà été notées à plusieurs reprises.

Il est vrai que les EHPAD accueillent plus tardivement les personnes âgées (le maintien à domicile étant toujours privilégié). Ces dernières sont donc plus dépendantes à l'entrée en institution et restent moins longtemps au sein de la structure.

Concernant le nombre important de soignants dans l'équipe, il m'est difficile d'interpréter ce facteur de risques car il me manque des éléments. En effets est-ce la difficulté pour le cadre d'être un encadrant de proximité par la gestion de plusieurs services qui est ici posée ?

Question 4.1 : Dans votre position de manager, l'épuisement professionnel soignant est-il une de vos priorités ?

Je remarque que quel que soit le diplôme obtenu, les encadrants pensent majoritairement (à 65% (n=11)) que l'épuisement professionnel soignant est une de leur priorité en tant que manager. Seuls 12% (n=2) ne répondent pas à cette question.

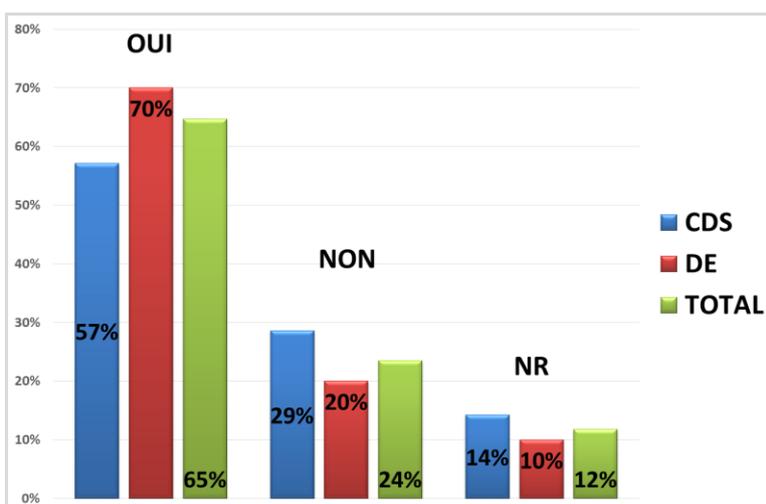


Figure 6 : Répartition des réponses concernant la question suivante : « Dans votre position de manager, l'épuisement professionnel soignant est-il une de vos priorités ? » (n=17)

Question 4.2 : Si oui, de quelle(s) action(s) avez-vous mises en œuvre ?

J'ai classé les réponses des encadrants de manière à les regrouper par thèmes. Toutefois, comme certaines manquaient de précisions, j'ai dû les interpréter pour les trier. Il n'y avait qu'une seule non réponse.

Les actions des encadrants mises en œuvre sont :

- * le type de management et de communication : « privilégier le participatif afin de valoriser leur travail dans les projets en cours », « écoute » cités 4 fois avec cette précision pour 1 : « espace d'écoute des salariés dans le but de les faire réfléchir et qu'ils trouvent des solutions pratiques à leurs difficultés de terrain, voire à se remettre en cause parfois » ;

¹⁵² NR correspond à non répondu pour ce graphique et les suivants.

- * le type de gestion des ressources humaines : « *recherche d'horaires les plus favorables à l'activité et aux souhaits des salariés* », « *aménagement au niveau des plannings en tenant compte des priorités d'ordre privé des salariés (sous réserve que cela ne nuise pas à la nécessité de service)* », « *mutation inter-service* », « *changement d'unité pour les soignantes tous les 6 mois* » ;
- * le type d'outil utilisé : « *entretiens* », « *groupes de paroles* » cités 3 fois, « *analyses de pratiques par un psychologue de l'EHPAD* », avec en particulier les formations répétées à 3 reprises ;
- * la conduite de projet (désignée 2 fois) ;
- * la négociation avec sa hiérarchie pour : « *obtenir du personnel supplémentaire* », « *l'achat de matériel facilitant la prise en charge* » ;
- * les ressources externes : « *mise en place d'un comité de gestion des risques physiques et psychosociaux* » et les liens avec le « *médecin du travail* »,

Je retrouve ici quelques notions du management éthique déjà développé. L'écoute du cadre de santé est plébiscitée grâce aux entretiens et aux suivis des formations des soignants. La communication et les échanges entre professionnels sont mis en avant par les encadrants.

Question 4.3 : Si non, pourquoi ?

Les réponses à cette question rassemblent 4 grandes idées qui sont :

- * le « *manque de temps* » (cité 3 fois),
- * la non « *maîtrise du management* » pour l'une des infirmières,
- * la conduite de multiples projets : « *beaucoup de projets à mettre en place* »,
- * la « *réflexion individuelle sur le projet professionnel des agents* ».

Il y a 2 encadrants qui n'ont pas répondu à cette question.

Question 5.1 : Existe-t-il des risques d'épuisement professionnel dans votre service/structure ?

Majoritairement (94% soit n=15) les encadrants pensent qu'il existe un risque de SEPS dans leur structure (Figure 13 : Proportion d'encadrant pensant qu'il existe des risques d'épuisement professionnel dans leur service/structure).

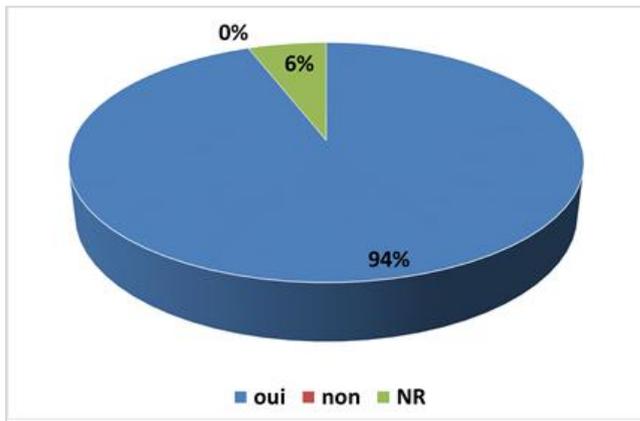


Figure 7 : Proportion d'encadrant pensant qu'il existe des risques d'épuisement professionnel dans leur service/structure (n=17)

Ces résultats sont cohérents avec les réponses des encadrants pensant à 81% que travailler en EHPAD est un facteur de risques du SEPS.

Question 5.2 : Si oui, de quelle(s) origine(s) provienne(nt) ces risques d'épuisement professionnel ?

Les réponses ont été variées, c'est pourquoi je les ai regroupées par thèmes. Les origines des risques d'épuisement professionnel pointées par les encadrants de leur unité/service sont :

- * le lieu d'exercice et le type de pathologies rencontrées : « EHPAD », « secteur Alzheimer » ou patients déments cités à 6 reprises centrées sur les troubles du comportement ;
- * les conditions de travail par la « charge de travail » et la « pénibilité physique et psychique du travail » formulées à 5 reprises, le « manque de personnel » et les « horaires coupés le week-end et férié » ;
- * la non-reconnaissance et l'absence de sens du travail : « sens du travail à retrouver entre aspiration individuelle et réalité du contexte social », « absence de valorisation des tâches », « impression de ne pas être entendu » cité à 3 reprises ;
- * le type de management : « management directif », la « fermeté de la direction » ;
- * les autres : l'« absentéisme », le « manque de formation », la « longueur de couloirs », les « personnes ayant des problèmes conjugaux », les « sollicitations des familles ».

On retrouve ici les facteurs de risques du SEPS priorisés dans la question 3.2 et ceux développés dans mon cadre conceptuel.

Question 6.1 : Parmi votre équipe, y a-t-il des personnes en épuisement professionnel ?

Les avis des encadrants sont partagés : 47% (n=8) pensent qu'il y a des personnes en situation d'épuisement professionnel dans leur équipe soignante, alors que 47% estiment que non. 6% ne répondent pas à cette question (Figure 14 : Proportion d'encadrants pensant qu'il existe des personnes en épuisement professionnel parmi leur équipe).

Je m'interroge sur la cohérence des réponses. En effet, les encadrants déclarent à 94% qu'il existe des risques d'épuisement professionnel dans leur établissement alors qu'ils sont 50% à penser qu'ils n'ont pas de SEPS parmi le personnel de leur équipe.

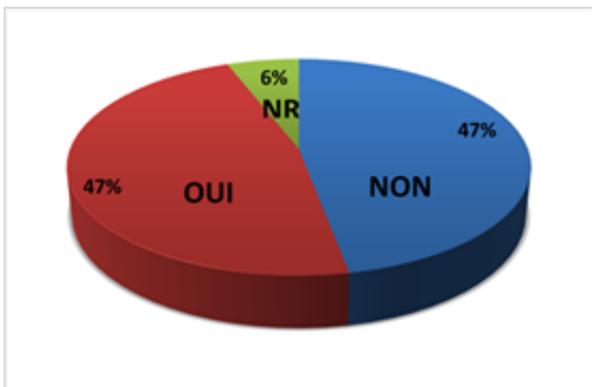


Figure 14 : Proportion d'encadrants pensant qu'il existe des personnes en épuisement professionnel parmi leur équipe (n=17)

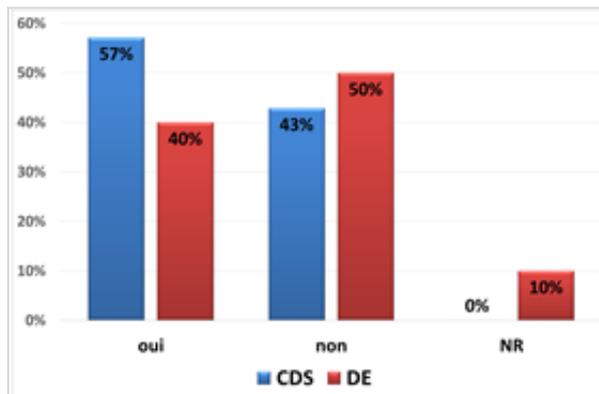


Figure 15 : Proportion d'encadrants, selon leur diplôme, pensant qu'il existe des personnes en épuisement professionnel parmi leur équipe (n=17)

Je peux émettre 2 hypothèses : soit il est mis en place des moyens de lutte contre le SEPS efficaces dans l'établissement, soit les encadrants ne «voient » pas (ne dépistent pas) l'épuisement professionnel chez les soignants des EHPAD. Il est probable qu'en tant qu'encadrant, il est difficile de dire qu'il existe des agents en épuisement dans son service : sentiment d'échec de son travail ?

Lorsque je sépare les réponses des cadres de santé de celles des infirmières, il existe une légère différence (Figure 15 : Proportion d'encadrants, selon leur diplôme, pensant qu'il existe des personnes en épuisement professionnel parmi leur équipe). Les cadres de santé affirment plus volontiers qu'il existe des personnes en SEPS dans leur équipe, mais la proportion reste faible.

Est-il possible que les cadres de santé ayant une formation supplémentaire soient plus enclins à dépister le SEPS chez leurs agents ou cet écart est-il lié au peu de temps d'exercice des infirmières ?

Question 6.2 : Si oui, avez-vous constaté une catégorie professionnelle plus touchée qu'une autre ?

Même si cette question est en lien avec la précédente, 70% des encadrants ont répondu.

Les avis sont partagés, seuls 35% des encadrants trouvent qu'une catégorie professionnelle est plus touchée qu'une autre (Figure 16 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Si oui, avez-vous constaté une catégorie professionnelle plus touchée qu'une autre ? »).

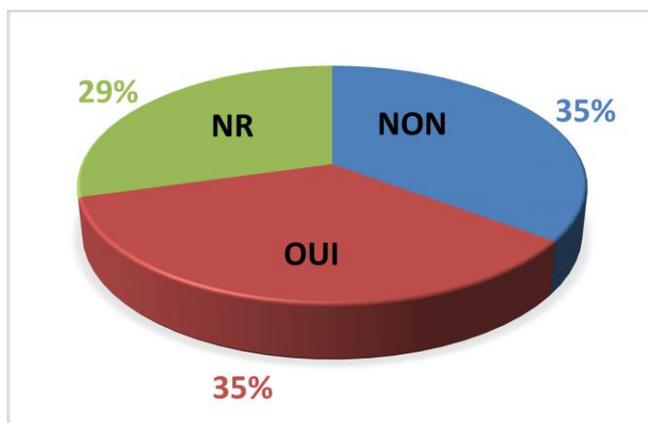


Figure 8 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Si oui, avez-vous constaté une catégorie professionnelle plus touchée qu'une autre ? » (n=17)

Question 6.3 : Si oui, laquelle ?

Les avis sont hétérogènes. Sur 5 réponses, les catégories professionnelles citées sont l'AS et l'ASH 3 fois, et l'AMP 1 seule fois.

En réalité, on sait que toutes les professions peuvent être touchées par le SEPS. Chaque professionnel est potentiellement susceptible de développer un épuisement professionnel.

Question 6.4 : Qu'est-ce qui vous fait penser à un épuisement professionnel pour ces personnes ? (cocher les réponses qui vous conviennent, plusieurs réponses sont possibles)

Cette question fait suite aux précédentes, malgré cela la majorité des encadrants y ont répondu. En effet, si l'enchaînement des questions avait été respecté (ou compris), il n'y aurait que 41% de réponses alors que j'en ai comptabilisé 94%.

Seule une personne n'a pas donné suite à cette interrogation.

Selon les encadrants, les 4 premiers signes d'épuisement professionnel sont la fatigue à 71%, l'irritabilité à 59%, les absences à 53% et le pessimisme à 47% (Figure 17 : Répartition des signes d'épuisement professionnel selon les encadrants d'EHPAD).

Si je regarde cette hiérarchie selon le diplôme obtenu, je retrouve 3 des signes déjà cités pour les cadres de santé, seul le pessimisme est supplanté par l'agressivité. L'ordre n'est pas préservé, il se décline ainsi : l'irritabilité à 86%, l'agressivité et l'absence à 71%, la fatigue à 57%.

Pour les infirmières, je discerne les 3 signes cités pour la totalité des encadrants. Seule la hiérarchie est modifiée comme suit : la fatigue à 80%, le pessimisme à 50% et les absences à 40%. Le taux du 4^{ème} signe est de 30% et les réponses sont multiples : les pleurs, le mal-être, les difficultés de communication avec les autres membres de l'équipe et la rigidité face aux demandes.

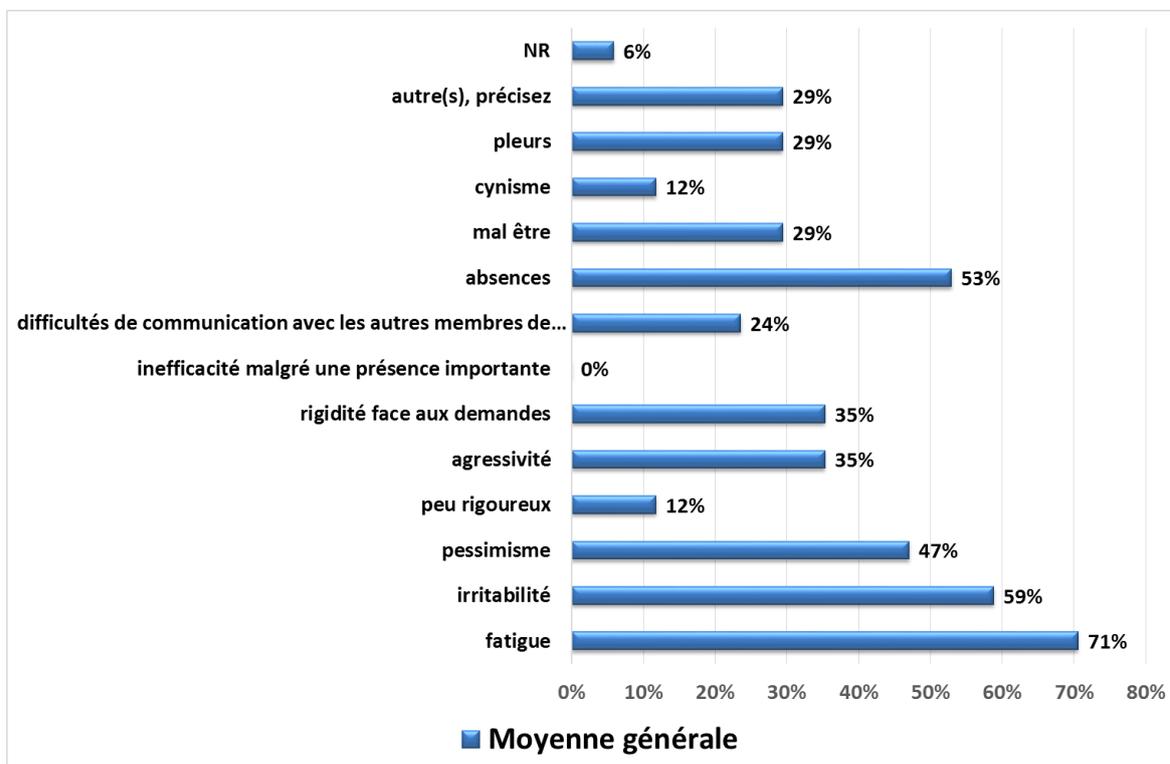


Figure 9 : Répartition des signes d'épuisement professionnel selon les encadrants d'EHPAD (n=17)

Question 7.1 : Estimez-vous que le dépistage de l'épuisement professionnel des agents fait parti de vos missions ?

Unaniment tous les encadrants estiment que le dépistage de l'épuisement professionnel des agents fait partie de leur mission.

Aussi, 2 infirmières ont apporté des précisions : l'une a mis en avant la collaboration avec la médecine du travail et l'autre de même, mais en incluant la direction de l'établissement.

Question 7.2 : Si non, à qui est dévolue cette mission ? »

Il n'y a aucune réponse à cette question.

Question 8.1 : Dans votre structure/service, avez-vous des outils pour vous aider à détecter l'épuisement professionnel parmi les membres de votre personnel ?

71% (n=12) des encadrants n'ont pas d'outil pour les aider à détecter l'épuisement professionnel (Figure 18 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/service, avez-vous des outils pour vous aider à détecter l'épuisement professionnel parmi les membres de votre personnel ? »).

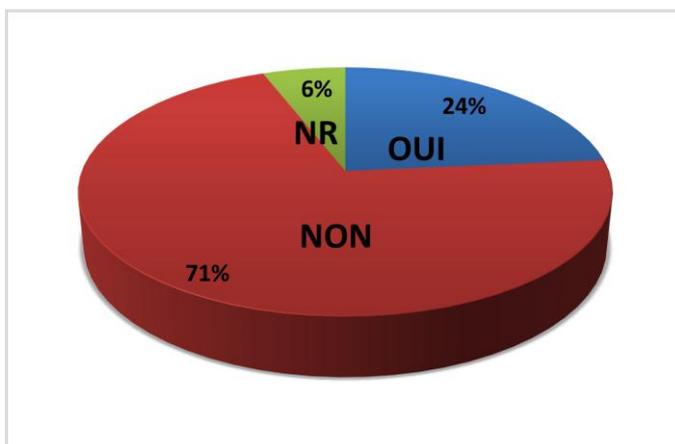


Figure 10 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/service, avez-vous des outils pour vous aider à détecter l'épuisement professionnel parmi les membres de votre personnel ? » (n=17)

Ainsi, grâce à ces réponses, je constate que 24% des encadrants utilisent un outil pour détecter l'épuisement professionnel.

Question 8.2 : Si oui, de quelle(s) manière(s) et à quelle(s) occasion(s) ?

Sur les 24% des encadrants ayant répondu « OUI » à la question précédente, 100% de ceux-ci ont explicité la manière ou l'occasion de l'utilisation des outils détectant l'épuisement professionnel.

On retrouve 2 outils prédominants :

- * les entretiens annuels (cités 2 fois) et les entretiens ponctuels (signalés à 3 reprises),
- * les autres dispositifs (désignés une seule fois) : la « prise en charge par le psychologue », le « comité de gestion des RPS », « l'échelle MBI ».

Effectivement, les entretiens permettent à l'encadrant de connaître les professionnels composant les équipes dont ils sont responsables et ainsi détecter et discuter de leurs changements de comportement et/ou d'humeur. Une seule personne a cité l'échelle MBI tout en précisant qu'elle ne l'avait pas utilisée depuis longtemps.

Question 9 : Connaissez-vous le MBI ?

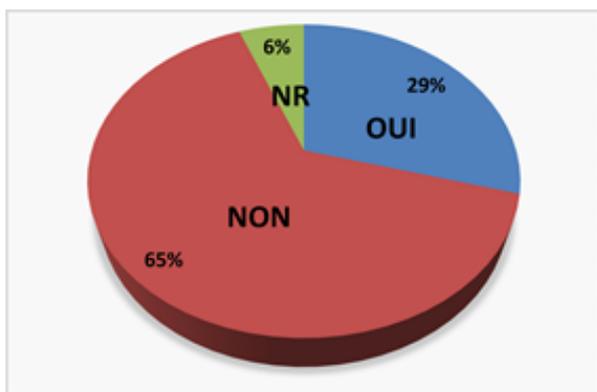


Figure 12 : Répartition des encadrants connaissant le MBI (n=17)

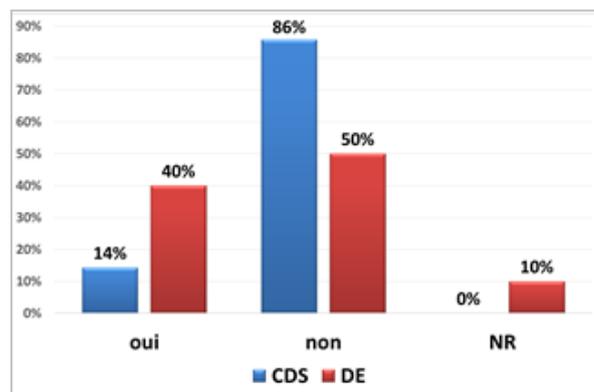


Figure 11 : Répartition des encadrants selon leur diplôme, connaissant le MBI (n=17)

À 65% les encadrants ne connaissent pas l'échelle MBI (Figure 19 : Répartition des encadrants connaissant le MBI).

À mon grand étonnement, proportionnellement, ce sont les cadres de santé qui connaissent le moins l'échelle MBI (Figure 20 : Répartition des encadrants selon leur diplôme, connaissant le MBI).

Question 10.1 : Une fois détecté, existe-t-il une prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel soignant dans votre structure/service ?

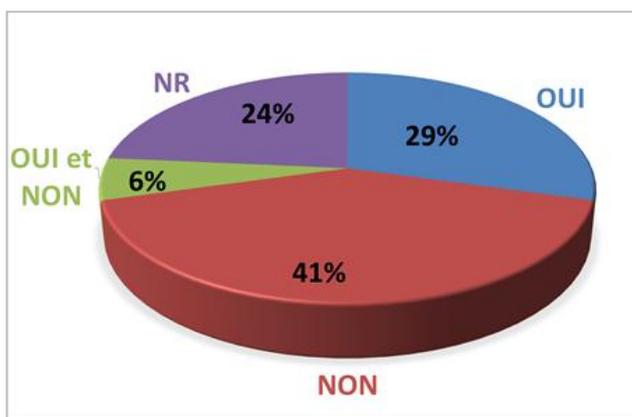


Figure 21 : Répartition des réponses des encadrants répondant à la question : « Une fois détecté, existe-t-il une prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel soignant dans votre structure/service ? » (n=17)

¼ des encadrants n'ont pas répondu à cette question.

La majorité de ceux ayant donné leur avis (41%) n'ont pas dans leur structure de prise en charge spécifique du SEPS (Figure 21 : Répartition des réponses des encadrants répondant à la question : « Une fois détecté, existe-t-il une prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel soignant dans votre structure/service ? »). Seuls 29% en ont une.

Question 10.2 : Si oui, laquelle ?

Tous les encadrants ayant répondu « OUI » à la question précédente ont formulé les types de prise en charge de l'épuisement professionnel dans leur unité/service.

La première solution proposée la plus citée (à 5 reprises, soit 100% des personnes ayant répondu à la question) est la « *médecine du travail* ».

Le type de prise en charge suivant est le groupe de parole ou l'entretien avec un psychologue du service (cité 3 fois).

Puis, on retrouve les entretiens avec la hiérarchie ou avec la direction des ressources humaines.

Enfin, les dernières propositions sont une prise en charge informelle du cadre de santé, un changement de service ou un conseil d'orientation vers le médecin traitant.

Parmi ces propositions, je préciserai que la prise en charge informelle par le cadre de santé et celle du psychologue du service n'est pas judicieuse. En effet, le cadre de santé n'est pas un thérapeute, sa mission est d'orienter l'agent en état d'épuisement vers des professionnels compétents. Il doit écouter, mais se fixer des limites pour ne pas brouiller ses missions.

Quant à ma réticence sur la prise en charge des professionnels en épuisement par le psychologue du service, elle est liée à sa fiche de poste. S'il est prévu qu'il ne s'occupe que des agents, cela ne me pose pas de problème. En revanche s'il se charge aussi des résidents, il me paraît difficile d'être neutre lorsqu'on mélange les 2 prises en charge.

Question 11.1 : Dans votre structure/service, existe-t-il une procédure concernant « l'épuisement professionnel » ?

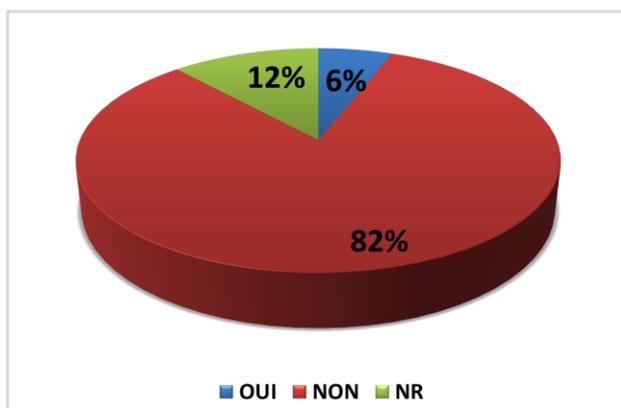


Figure 22 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/service, existe-t-il une procédure concernant « l'épuisement professionnel » ? » (n=17)

Les encadrants répondent en grande majorité (82% soit n=14) qu'il n'existe pas de procédure concernant l'épuisement professionnel dans leur service/structure (Figure 22 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/service, existe-t-il une procédure concernant l'épuisement professionnel ? »).

Question 11.2 : Si oui, de quel type et pourquoi ?

Seulement 1 encadrant a répondu que les « *salariés sont informés qu'ils peuvent faire appel au psychologue du service pour des consultations individuelles confidentielles* ». Ceci étant une procédure officielle sans être formelle car non écrite.

Question 12.1 : Existe-t-il un document unique dans votre structure/service ?

Nous avons vu que ce document était obligatoire, depuis 2001, dans chaque entreprise. A mon grand étonnement, 24% n'en ont pas du tout et 12% n'ont pas répondu à la question (Figure 23 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « *Existe-t-il un document unique dans votre structure/service ?* »).

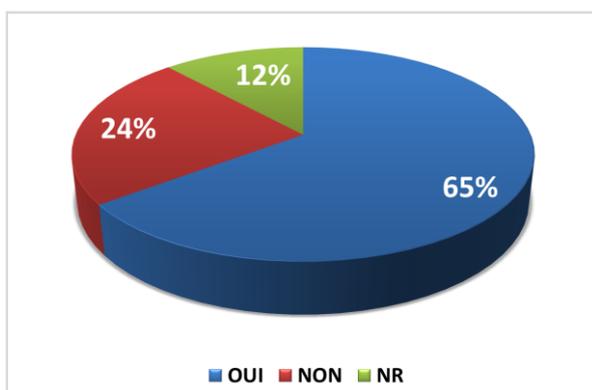


Figure 23 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « *Existe-t-il un document unique dans votre structure/service ?* » (n=17)

Je précise que j'ai intégré aux réponses « OUI » les 2 encadrants qui indiquaient qu'il était en cours de construction.

86% des établissements publics (soit 6 sur 7) ont réalisé un document unique, alors que seulement 50% des établissements privés ou associatifs le possèdent.

Question 12.2 : Si oui, fait-il allusion à l'épuisement professionnel soignant ?

Là encore le taux de non réponse devrait être de 36% car seulement 65% des encadrants ont répondu « OUI » à la question précédente.

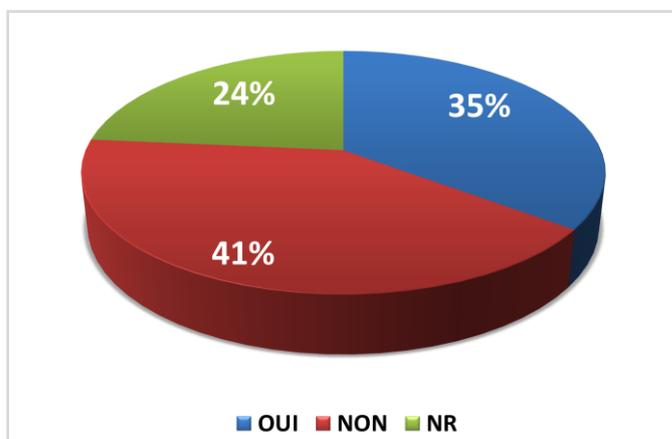


Figure 24 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Si oui, fait-il allusion à l'épuisement professionnel soignant ? » (n=17)

35% des encadrants ont inclus l'épuisement professionnel dans leur document unique (Figure 24 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Si oui, fait-il allusion à l'épuisement professionnel soignant ? »). Cela me paraît en contradiction avec les 94% d'encadrants qui signalaient le risque d'épuisement professionnel dans leur structure/service.

Sur les documents uniques des établissements du secteur public, 33% (soit 2 sur 6) ont intégré le risque d'épuisement professionnel. Pour les structures privées et associatives c'est à 80% (soit 4 sur 5) qu'ils ont incorporé le SEPS comme risque dans leur document unique.

En centrant l'intérêt du document unique sur le reflet de l'épuisement professionnel dans les EHPAD (donc sa prise en compte), je peux dire que les structures privées ou associatives ont beaucoup moins travaillé ce document (qui est obligatoire) en nombre que les établissements publics. A contrario, ces derniers ont été moins performant car moins nombreux à y intégrer le SEPS comme risque professionnel pour leurs salariés.

Question 12.3 : Si oui de quelle manière ?

J'ai obtenu 107% de réponse à cette question. En effet, une personne a répondu alors qu'elle n'avait pas coché « OUI » à l'interrogation précédente.

Le SEPS est intégré dans le document unique de tous les services/structures de ces encadrants en faisant référence aux RPS. Certains ont précisé que ces risques étaient en lien avec la « charge mentale », « l'agressivité des résidents » et la « charge de travail importante ».

Question 13.1 : Dans votre structure/établissement, existe-t-il un projet concernant la prévention de l'épuisement professionnel ?

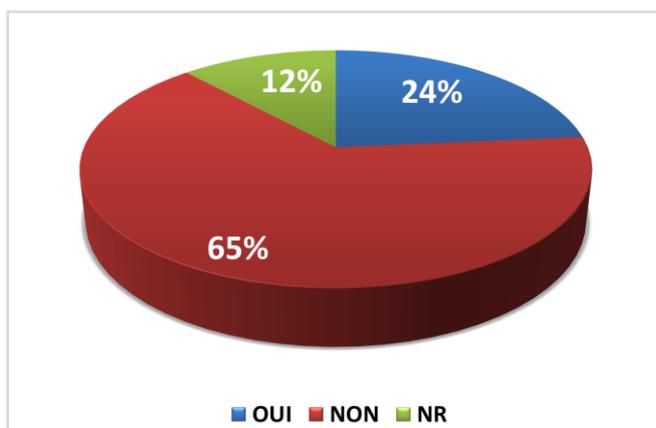


Figure 25 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/établissement, existe-t-il un projet concernant la prévention de l'épuisement professionnel ? » (n=17)

Uniquement 24% des EHPAD de l'échantillon ont un projet concernant la prévention de l'épuisement professionnel, alors que, pour 65% des encadrants, le SEPS étaient une priorité en tant que manager (Figure 25 : Répartition des réponses des encadrants à la question : « Dans votre structure/établissement, existe-t-il un projet concernant la prévention de l'épuisement professionnel ? »).

Les encadrants n'ont-ils pas les moyens de leurs ambitions ? Nous avons vu que ce type de projet ne peut être mené seul. Il doit faire appel à la collaboration de la direction, de la médecine du travail, des soignants et des instances.

Sur les 4 structures dont les encadrants déclarent qu'il existe un projet concernant la prise en charge de l'épuisement professionnel, 1 est du secteur public, 2 du secteur privé et la dernière du secteur associatif.

Pour les 3 structures, les réponses ne sont pas homogènes entre les encadrants et ne peuvent faire ressortir d'informations constructives.

Pour 1 seul établissement (privé), il existe de manière cumulée :

- * un document unique intégrant le risque de SEPS,
- * une prise en charge des agents en épuisement professionnel par le médecin du travail,
- * la connaissance et l'utilisation du MBI pour le dépister,

Mais, malgré cela, l'encadrant (qui est infirmière) a le sentiment de ne pas bien connaître le SEPS. En effet, elle est en poste depuis 2 mois (c'est aussi pour cela qu'elle dit ne pas dépister dans son équipe de personne présentant un SEPS). Cette structure a développé avant sa venue. Un projet concernant la prise en charge de l'épuisement professionnel donc l'infirmière ne maîtrise pas toutes ces notions (cf. : question 13.2).

Question 13.2 : Dans votre structure/établissement, existe-t-il un projet concernant la prise en charge de l'épuisement professionnel ?

Uniquement 6% (n=1) des EHPAD ont un projet concernant la prise en charge de l'épuisement professionnel, alors que 29% (n=5) des encadrants avaient dit qu'il existait une prise en charge des agents ayant développé un SEPS

Cette contradiction est-elle liée à l'incompréhension des questions, à la longueur du questionnaire ou à l'interprétation des encadrants.

Question 13.3 : Si oui (à l'une ou l'autre des réponses), quel(s) type(s) de personne (fonction) est/sont associé(s) au projet ?

A cette question 3 encadrants ont proposé différents intervenants associés au projet, soit de prévention, soit de prise en charge de l'épuisement professionnel. Comme les réponses sont variées, j'ai choisi de les présenter par encadrant.

Dans un des projets, le « *psychologue* » était le seul acteur.

Dans une autre structure, les acteurs du projet proposés par l'encadrant étaient : le « *directeur, le médecin, l'équipe soignante, les délégués du personnel, les membres du CHSCT* ». L'encadrant précise qu'ils parlent « *de l'épuisement professionnel lors des formations PRAPE (Prévention des Risques liés à l'Activité Physique et Ergonomie de poste), des formations pour une prise de conscience, des outils techniques pour diminuer la charge de travail, une meilleure répartition des résidents par étage, un planning attractif, mon bureau est un sas d'écoute* ».

« *La directrice de l'établissement, l'infirmière coordinatrice responsable de la qualité de vie, les délégués du personnel, le psychologue de l'établissement* » sont les acteurs participant au projet de prévention et de prise en charge du SEPS pour la 3^{ème} structure.

Question 14 : Que mettriez-vous en place pour lutter contre l'épuisement soignant ?

53% des encadrants ont répondu à cette dernière question libre. Il en ressort 4 grandes propositions :

- * la mise en place de « *groupes de parole* » animés par un « *psychologue* » (écrit 6 fois soit 67% des encadrants ayant répondu) ;
- * l'augmentation du nombre de professionnels (cité à 2 reprises) ;
- * l'« *analyse des pratiques en réunion de synthèse* » ;
- * la « *reconnaissance des compétences et du mérite des professionnels* » ;
- * de créer un réel esprit d'équipe (rôle du cadre).

5.2 Les entretiens

5.2.1 La population interrogée

Il s'agit de 3 médecins du travail de structures publiques et 1 d'un organisme référent d'entreprises et d'EHPAD privés. Ils ne sont pas forcément en charge de personnel travaillant en EHPAD à ce jour, mais l'ont été à un moment donné de leur parcours professionnel.

Je n'ai pas d'autre élément significatif en dehors de leur expérience qui, pour tous, est supérieure à 20 années.

5.2.2 L'analyse des entretiens

Afin de structurer l'analyse des entretiens des médecins du travail, j'ai choisi d'aborder les informations échangées en 4 groupes :

- * les risques et signes de l'épuisement professionnel,
- * les missions et les outils du cadre de santé,
- * les ressources utiles face au SEPS,
- * les attentes des médecins du travail vis à vis du cadre de santé.

Je débute par les risques et signes de l'épuisement professionnel soignant soulignés par les médecins du travail. Ces derniers ont tous précisé que la première des missions des cadres était de connaître ces risques et signes pour mieux les dépister et lutter contre. Ils affirment que le travail en EHPAD favorise le risque d'épuisement professionnel car ce sont des « *professions d'aide à la personne* ».

La souffrance au travail a des indicateurs comme « *le retard, la fatigue, l'absentéisme, l'agressivité plus marquée, ... les conduites addictives pour tenir au travail* ». Les facteurs favorisants sont le « *manque de personnel, les positions horaires, le travail de nuit, les conditions organisationnelles,* ».

La souffrance au travail est de plus en plus prégnante dans le secteur sanitaire et médico-social. En effet « *les organisations du travail la génèrent car nous sommes dans un objectif de comptabilité et l'on ne valorise pas le travail de terrain* ». L'évolution, ces dernières années, de ces

institutions fait qu'elles ne parlent plus qu'« *en chiffres alors que les soignants, eux, parlent d'humains* ». Il existe alors une réelle différence entre le travail prescrit, attendu par la direction, et le travail réel réalisé par les professionnels. Cela peut engendrer ce que l'on appelle la « *souffrance éthique* » au travail. Elle se développe sur le fait que le soignant « *ne peut pas faire son travail correctement* » pouvant « *conduire à l'épuisement professionnel* ». Il y a alors une « *perte du sens du travail en lien avec l'idéologie* ».

Le type de management du cadre de santé peut aboutir à de la souffrance au travail, comme « *l'attitude décisionnelle, c'est-à-dire si le cadre de santé ne laisse pas le savoir-faire des agents, leur pratiques s'exprimer* ». Les médecins du travail précisent que « *lorsqu'il y a trop de protocoles ou procédures et qu'il n'y a plus de temps d'échanges, c'est toute l'organisation du travail qui peut générer une souffrance au travail* ». L'un des médecins précise que le cadre de santé est aussi dépendant de sa hiérarchie médicale et administrative (cadre supérieur de santé). Le cadre doit être « *bienveillant envers son équipe* ».

La notion d'équité dans le management « *n'existe pas car tout le monde est différent* ». En se servant de cette représentation, le cadre de santé peut devenir « *profondément injuste parce que chaque situation est différente (nombre d'enfants, trajets, sa vie personnelle)* ». Cela peut se transformer en « *de la tyrannie de l'injustice* ». Au contraire, l'encadrant doit « *essayer de tenir compte des situations* » pour ne pas « *casser toute la volonté et l'énergie du soignant en lui imposant autre chose* », « *mais c'est très compliqué* ». La notation individuelle favorise le développement de l'« *individualisme* » qui met à mal la solidarité et le travail d'équipe. Alors le cadre de santé doit faire en sorte que les soignants puissent se réapproprier ces valeurs.

La logique de ces dernières années est de « *tout évaluer alors que tout n'est pas évaluable* », le temps soignant passé à reconforter, à conseiller, à accompagner. En effet, « *la parole est un soin, mais comment le comptabiliser* ». Ce type de soin n'est pas « *valorisé alors que cela devrait l'être* » par les gestionnaires.

En conclusion, il « *vaut mieux quelqu'un bien au travail et qui l'aime que quelqu'un qui n'en peut plus* ».

Ensuite, j'aborde les missions et les outils du cadre de santé vus par les médecins du travail. Ils rappellent que la responsabilité du cadre de santé est engagée car l'une de ses missions est de réaliser de la « *prévention* » et de « *connaître les facteurs qui mènent à l'épuisement professionnel, de savoir ce que c'est, de savoir comment ils surviennent et pourquoi ils surviennent* ».

Afin de prévenir l'épuisement au travail, le cadre peut mettre en place :

- * des « réunions de service qui permettent de laisser s'exprimer les agents sur leurs pratiques » ;
- * « des supervisions d'équipe » qui seront menées par « un psychothérapeute qui va écouter les gens et ne pas parler uniquement des patients pris en charge mais de ce que les soignants ont ressenti ». C'est lors de ces réunions que les professionnels peuvent exprimer des émotions telles que : « cette dame, je ne peux plus la supporter », « je n'en peux plus d'être frappé, insulté ». Ils partagent leurs difficultés pour se « canaliser et éviter les débordements » ;
- * le « groupe de parole » qui est animé par un « psychologue qui doit être quelqu'un d'extérieur à la structure pour qu'il ait un regard neutre indispensable pour ce genre de travail » où la parole est libre sur les obstacles à la prise en charge des résidents. ;
- * « l'écoute du cadre de santé » est indispensable à l'équipe soignante, mais l'encadrant lui-même doit avoir des limites « car il n'est pas psychologue, ni médecin traitant, ni médecin du travail ». Il doit rester un « conseiller » pour ne pas être en « situation de burnout ». Il est indispensable de mettre un « cadre, de connaître la limite de ce que l'on écoute, et jusqu'où l'on peut écouter », l'important étant d'orienter le soignant ;
- * un « journal de maison de retraite peut donner aussi des informations écrites par le médecin du travail, le cadre de santé, le psychologue, la direction ou les agents eux-mêmes » et peut être un outil permettant la valorisation du travail de chacun ;
- * pour 4 des médecins, l'échelle MBI peut être un outil utile pour l'évaluation, mais surtout pour la prévention. En effet, il permet de parler de l'épuisement, d'informer les agents sur les signes et les facteurs de risques. C'est un moyen pour « libérer la parole » autour de ce sujet. Alors que, pour le dernier médecin, c'est un « document supplémentaire pour le cadre alors qu'il existe les instances comme le CHSCT et la médecine du travail ».

Dans tous les cas, le cadre de santé doit organiser des « débriefings¹⁵⁴ sur le travail ».

Lorsque le cadre de santé est face à « une personne qui va mal », ou qu'il est alerté par son « absentéisme », par le changement de comportement du soignant, « il faut que le cadre de santé propose une visite avec le médecin du travail ». Cette visite « à la demande du responsable » n'est efficace que si le cadre est en mesure de donner des indications factuelles concernant les « choses qui ne vont pas » ; les changements dans l'attitude de l'agent au médecin du travail et à l'agent lui-même. Si le soignant et le médecin du travail ne sont pas avertis, le jour de cette visite, l'agent dira « que tout va bien ». Ce signalement doit toujours être « centrer sur le travail et les perturbations du travail, et non pas sur le plan personnel et de la vie privée ».

Le cadre de santé peut s'appuyer sur des « protocoles d'urgence de son établissement ». Ils permettent de réagir devant des « troubles du comportement liés à la prise de substances

¹⁵⁴ « Traduction de l'anglais : compte-rendu, Séance de compte-rendu critique après une réunion », selon le site : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/d%C3%A9briefing/21917>, consulté le 09/05/13.

psychoactives ou non ». En aucun cas, les collègues ou le cadre de santé d'une personne addictive ou en souffrance au travail ne doivent « *se comporter en tant que soignant, car cela n'aide pas l'agent* ». En effet, « *plus ces collègues s'occuperont de lui, moins il ira vers un soignant réel* » pour une prise en soins.

Ce qui est utile « *dans les institutions, c'est d'avoir un ergonome¹⁵⁵* », car il privilégie « *l'analyse du travail* » réel, mais « *c'est très rare* ».

Le cadre de santé « *représente l'administration* », à ce propos les médecins du travail expliquent que l'encadrant de proximité est « *tiraillé entre 2 injonctions : celle du soignant qui est confronté à sa réalité de travail et celle du dirigeant qui voit l'organisation en terme de chiffres, celui-ci évalue le nombre d'agents en fonction du travail qu'il évalue et non travail réel* ».

La première ressource utile, pour le cadre de santé face au SEPS, est l'« *analyse des risques professionnels* » pour réaliser le document unique. C'est une « *obligation de l'employeur* ».

L'analyse des accidents du travail « *par le CHSCT, les délégués du personnel et les représentations syndicales qui ont un rôle d'expert en hygiène, sécurité et conditions de travail* ».

L'idéal pour travailler efficacement sur les risques d'épuisement professionnel c'est de réaliser un projet institutionnel avec la « *direction, les préventeurs (assistants de prévention en terme d'analyse des risques), les encadrants, les salariés et le service de santé au travail* ». Les médecins du travail avouent qu'ils ne l'ont jamais vu.

Enfin, les médecins du travail souhaitent avant tout un « *échange concernant les agents* » en développant « *les coopérations* » entre eux et les cadres de santé. En effet, « *le médecin du travail seul ne peut rien faire, le cadre de santé seul ne peut rien faire* » dans l'établissement. C'est pourquoi cet échange est, d'autant plus lors de la réintégration d'un agent suite à un arrêt de travail dû au SEPS. Ainsi, « *à la reprise* » du travail du salarié, l'« *échange est très important entre le cadre de santé et le médecin du travail* ». Ce dialogue est nécessaire pour préparer la reprise du poste. Le cadre de santé doit « *préparer les autres collègues pour éviter* » les jugements de valeur comme « *c'est une fainéante, elle était à la montagne* », « *je l'ai vue, elle n'est pas si malade que ça* », « *à cause d'elle, on a plus de boulot, on en peut plus* » en rappelant que chacun peut être « *confronté à cette situation* ». Le cadre de santé doit « *lutter contre la perte de solidarité dans le travail* ».

¹⁵⁵ L'ergonomie est l'« *étude quantitative et qualitative du travail dans l'entreprise, visant à améliorer les conditions de travail et à accroître la productivité. (Le but de cette science est de tenter d'adapter le travail à l'homme en analysant notamment les différentes étapes du travail industriel, leur perception par celui qui exécute, la transmission de l'information et, de façon parallèle, l'apprentissage de l'homme qui doit s'adapter aux contraintes technologiques.)*, selon le site :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ergonomie/30778>, consulté le 09/05/13.

5.3 Difficultés et limites de l'enquête et des entretiens

La difficulté principale pour l'enquête et les entretiens est le temps très court pour la réalisation, la retranscription et l'analyse pour terminer ce travail dans le temps imparti.

5.3.1 Le questionnaire

Malgré une organisation que j'avais estimé adaptée : l'envoi d'une lettre accompagnant le questionnaire et l'enveloppe timbrée à mon adresse pour la réponse ; je me suis rendu compte que le cachet de La Poste ne précisait plus la ville de départ permettant de savoir d'où venaient les réponses reçues. Je ne pouvais donc pas relancer les encadrants ne m'ayant pas encore répondu mais je devais joindre tous les établissements.

J'ai été très étonnée du nombre très réduit de réponses. Je les ai toutes exploitées même si, à de nombreuses questions, les réponses n'étaient pas attendues.

De plus, en dépouillant les questionnaires, je me suis aperçue du grand nombre de questions inutiles ou qui manquaient de précisions pour être plus intéressantes à exploiter.

Enfin, le plus important biais est que je n'ai pas interrogé que des cadres de santé mais aussi des infirmières qui étaient en fonction de cadre (peu importe le titre exacte). Bien évidemment j'ai comparé les 2 populations, mais ce n'était pas le but premier de mon travail.

5.3.2 Les entretiens

Lors de tous les entretiens avec les médecins du travail, je n'ai pu suivre le guide que j'avais préparé. En effet, à l'issue de la présentation du sujet de mon mémoire et des objectifs de cet interview, les médecins prenaient la parole et répondaient par avance à mes interrogations. Je n'ai fait que rebondir à leurs propos pour obtenir des compléments d'explication ou pour approfondir une notion.

5.4 Ma synthèse

Les encadrants d'EHPAD de mon échantillon possèdent pour moitié un diplôme de cadre de santé, les autres sont des infirmières exerçant cette fonction. Les cadres de santé travaillent majoritairement dans les établissements du secteur public et depuis 10 ans en moyenne. A contrario, les infirmières encadrantes travaillent dans les structures privées ou associatives depuis peu de temps, en moyenne 1 an et demi.

La moitié de l'ensemble des encadrants pensent ne pas bien connaître le thème de l'épuisement professionnel, alors qu'ils répondent de manière adéquate aux questions de connaissance générale sur les facteurs de risques du SEPS et de ses signes. Donc les encadrants sont en mesure de dépister cet épuisement professionnel car ils ne manquent pas de connaissances sur le syndrome professionnel soignant. Je ne valide pas ma première hypothèse.

En revanche, dans les faits, le discours des encadrants se modifie. Lorsque les questions se centrent sur leur établissement et leurs salariés, ils ne « voient » pas de personnes touchées par le SEPS (seulement 47% des encadrants signalent la présence d'agents présentant un SEPS dans leur équipe). Il me paraît impossible, dans ce que j'ai lu, que les EHPAD n'aient pas dans leur personnel de soignants présentant de l'épuisement professionnel, surtout que les encadrants ont précisé, eux-mêmes, qu'il existait des facteurs de risques dans leur structure.

Je peux émettre des hypothèses pour expliquer cette incohérence. Ainsi beaucoup d'encadrants sont en poste depuis peu de temps, ils n'ont pas encore détecté les signes du SEPS chez les salariés. Alors que pour les encadrants exerçant leur poste depuis longtemps, la routine du quotidien n'induit-elle pas une baisse de vigilance pour détecter l'épuisement ?

De plus, ce n'est pas parce que les encadrants ont des connaissances sur le sujet de l'épuisement professionnel qu'ils veulent voir (ou qu'ils se rendent compte de) ce qui se passe dans leur service. Mais alors pourquoi dire que c'est l'une de leur priorité ? Cela s'explique, peut-être, par le fait que les encadrants vivaient comme échec professionnel, voire personnel, le fait qu'il y ait des personnels en épuisement, dans leur service. Il existe une autre supposition, comme le dit de Johann Friedrich von Schiller (poète et dramaturge allemand) : « *Les paroles sont toujours plus audacieuses que les actes.* ». ¹⁵⁶

¹⁵⁶ Selon le site : <http://www.evene.fr/citation/paroles-toujours-audacieuses-actes-6502.php>, consulté le 10/05/13.

Afin de démêler ces hypothèses, il serait nécessaire de réaliser d'autres enquêtes, ou mieux, des entretiens auprès des encadrants d'EHPAD.

En ce qui concerne les outils du dépistage des épuisements professionnels, le MBI est peu connu et utilisé (seule 1 infirmière précise qu'elle l'utilise et seulement 29% des encadrants le connaissent). Donc je valide ma seconde hypothèse selon laquelle la majorité des encadrants en EHPAD n'utilisent pas les outils d'évaluation de ce syndrome, tel que le MBI, car ils ne le connaissent pas.

A contrario, les propositions des encadrants concernant l'utilisation des entretiens, des groupes de parole ou des supervisions d'équipe soignante sont des outils de dépistage et de prévention mis en avant par les médecins du travail que je n'avais pas beaucoup développé dans les missions du cadre de santé.

Ainsi, bien connaître les soignants permet à l'encadrant de détecter des changements dans le comportement de ceux-ci. Les entretiens permettent d'échanger sur les difficultés pointées. Prévoir des groupes de parole ou des supervisions permettent de libérer la parole, donc sont des outils de prévention du SEPS.

Pour compléter l'ensemble de mon travail sur le SEPS, il serait intéressant que j'approfondisse les thèmes liés :

- au travail : le sens, la valorisation, les motivations, ... ;
- aux outils de prévention : groupes de parole, supervisions, réunions d'équipe, staff, ... ;
- aux relations avec les médecins du travail et les instances institutionnelles.

Conclusion

Le thème de l'épuisement professionnel ne laisse pas les encadrants des EHPAD indifférents mais il existe un écart entre ce qu'ils savent, ce qu'ils mettent en place (ou ce qu'ils peuvent mettre en place) et la réalité du terrain (la volonté ne suffisant pas forcément).

Le cadre de santé peut dans le choix de son management prévenir le SEPS. De plus, sa connaissance des membres de l'équipe soignante lui permet de dépister les signes d'épuisements des agents. Néanmoins pour un projet de lutte contre le SEPS, prenant en compte tous les facteurs de risques, le cadre a besoin de partenaires incontournables et impliqués, tel que les membres de la Direction, de la médecine du travail et des instances.

Il me reste encore du chemin à parcourir pour appréhender les autres questionnements soulevés par ce travail, ainsi que pour explorer les concepts juste abordés. Tout ceci va élargir le champ de mes réflexions vers d'autres thèmes avec l'envie de continuer à chercher des réponses.

Cette initiation à la recherche m'a permis de travailler sur un sujet qui me tenait à cœur. À travers ce cheminement professionnel, j'ai étendu mes connaissances sur les cadres théoriques de l'épuisement professionnel soignant en EHPAD. Ainsi, je peux mesurer l'exigence d'une enquête et l'importance de la préparation de l'entretien.

En conclusion, ce travail a répondu à mes interrogations ainsi qu'à ma question de départ. Il me permet de réfléchir à mon positionnement dans ma future fonction et dans mon prochain poste en EHPAD.

Bibliographie

Rapports :

RIAND A. *Les aides-soignantes, le burnout et le cadre de santé*. Diplôme de cadre de santé. Paris : Ecole supérieure Montsouris, 2008, 62 pages.

MABADAKI-CHOISY M. *Le cadre de santé levier de la santé au travail ? Gérer les changements, prévoir les risques psychosociaux*. Diplôme de cadre de santé. Paris : Ecole supérieure Montsouris, 2012, 89 pages.

Ouvrages :

BRUCHON-SCHWEITZER M. et DANTZER R. *Introduction à la psychologie de la santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 1998, 210 pages.

CANOUI P. et MAURANGES A. *Le burnout à l'hôpital ; Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants* ». 4^{ème} édition. Paris : Masson, 2008, 240 pages.

CLOT Y. *Le travail à cœur ; Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : la découverte, 2010, 190 pages.

DEJOURS C. *Le facteur humain*. Paris : PUF, 2010, 127 pages. (Que sais-je ?).

DEJOURS C. *Travail, usure mentale*. Paris : édition Bayard, 2011, 298 pages.

ESTRYN-BEHAR M. *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital ; Reconnaissance, analyse et prévention*. Paris : éditions Estem. 1997, 245 pages.

MONTSERRAT X. *Comment motiver*. Paris : Editions d'organisation, 2004, 238 pages.

SCOTTI J-C. sous la direction de MONCET M-C. *La responsabilité juridique du cadre de santé*. Edition Lamarre (2^{ème} édition), 267 pages. (Gestion des ressources humaines ; Fonction cadre de santé).

VALLERY G. et LEDUC S. *Les risques psychosociaux*. Paris : Presses Universitaires de France, 2012, 126 pages.

Dictionnaires :

Le Petit Robert 1 : Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française. Paris : Dictionnaires Le Robert, 1984, 2172 pages.

Le Petit Larousse Illustré 1995 : Dictionnaire encyclopédique. Paris : Larousse, 1995, 1784 pages.

Passages d'ouvrages :

SARAFINO, *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. 1990.

PRAYEZ P. *Distance professionnelle et qualité du soin: distance et affectivité*, Editeur : ÉDITIONS LAMARRE, Paris : 2009 (2^{ème} édition), 287 pages. (Collection : Fonction cadre de santé).

MICHEL S. *Peut-on gérer les motivations ?*, PUF, Paris : 1994.

ROGERS C. *Le développement de la personne*, édition Dunod, InterEditions, 2005 (2^{ème} édition), 296 pages. (Collection : Hors Collection).

Articles :

LEMOINE Claude. Images multiples du travail. *Le Journal des psychologues*. 2010/10 n°283, pp 18-21.

DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle. Travail, subjectivité et confiance. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2012/1 n°13, pp 75-91.

DEJOURS Christophe et GERNET Isabelle. Evaluation du travail et reconnaissance. *Nouvelle revue de psychosociologie*. 2009/2 n°8, pp 27-36.

MARIAGE A. et SCHMITT-FOURRIER F. Rôle de la personnalité dans les stratégies de coping. Etude auprès des personnels soignants. *Le travail humain*. 2006/1 Vol. 69. pp1-24.

LHUILIER Dominique. Clinique du travail : enjeux et pratiques. *Pratiques psychologiques*. 2006/12, pp 205-219.

LORIOU Marc, « Donner un sens à la plainte de fatigue au travail », *l'année sociologique*, 2003/2 vol 53, pp 459-485.

GOLLAC Michel et VOLKOFF Serge. La santé au travail et ses masques. *Acte de la recherche en sciences sociales*. 2006/3, n°163, pp 4-17.

BERNARD Marie-Fleur. Prendre soin de nos aînés en fin de vie : à la recherche du sens. *Etudes sur la mort*. 2004/2, n°126, pp 43-69.

MUNROE Viviane et BRUNETTE Nicole. L'épuisement professionnel (burnout) : problème réel. *Revue d'intervention sociale et communautaire*. 2001/7, n°1, pp 165-191.

DENEUX A. Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*. 2008/1 (n° 50), 224 pages, Editeur : ERES.

Sites ressources :

LANGEVIN V., BOINI S., FRANÇOIS M., RIOU A. *INRS, Références en santé au travail, Risques psychosociaux : outils d'évaluation, Maslach Burnout Inventory*. septembre 2012, n°131, 3 pages. Disponible sur :
<<http://www.inrs.fr/accueil/produits/mediatheque/doc/publications.html?refINRS=FRPS%2026>>
(consulté le 23/12/12).

Association INRS. INRS : Santé et sécurité au travail.
<<http://www.inrs.fr/accueil/risques/psychosociaux/epuisement-burnout.html>> (consulté le 23/12/12).

Ministère de la Santé et des Sports / DREES. <<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST-Resume.pdf>> (consulté le 26/12/12).

Ministère du travail. <<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>> (consulté le 27/12/12).

<<http://pages.videotron.com/pbolduc/pb/soins.htm>> (consulté le 03/03/13).

<<http://www.dictionnaire-sante.com/definition-modele-biopsychosocial>>

(consulté le 05/03/13).

<<http://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/stress/stress-professionnel-autres-contraintes/charge-physique-psychique>> (consulté le 05/03/13).

<<http://dictionnaire.reverso.net/anglais-francais/>> (consulté le 06/03/13).

<<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>> (consulté le 08/05/13).

<http://multitudes.samizdat.net/article.php3?id_article=638> (consulté le 04/04/13).

<<http://www.dictionnaire-sante.com/definition-modele-biopsychosocial>>

(consulté le 05/03/13)

<<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>> (consulté le 05/04/13).

<<http://www.aqm-ressources.fr/article-comment-concilier-ethique-et-management-71616321.html>> (consulté le 11/03/13).

<<http://obs.associations.free.fr/mcmc.html>> (consulté le 10/03/13).

<<http://www.bientraitance.fr/qu%20est-ce-que-1%20humanite/>>

(consulté le 08/05/13).

<<http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/sante-conditions-de-travail,115/le-comite-d-hygiene-de-securite-et,1048.html>>

(consulté le 05/03/13).

<http://travail-emploi.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/litiges-et-conflits-du-travail,124/l-inspection-du-travail,1123.html#sommaire_1>

(consulté le 05/03/13).

<<http://vosdroits.service-public.fr/F2211.xhtml>> (consulté le 05/03/13).

<<http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Les-RPS-c-est-quoi.html>> (consulté le 27/12/12).

<<http://www.sanitaire-social.com/annuaire/ehpad/30>> (consulté le 6 mars 2013).

<<http://www.evene.fr/citation/paroles-toujours-audacieuses-actes-6502.php>>

(consulté le 10/05/13).

Rapports et congrès :

DREES n°36 de 2013 : « *Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux* » Melina RAMOS-GORAND, Dossiers solidarité et santé n°36, janvier 2013, Publié le 30 janvier 2013.

La profession d'infirmière : situation démographique et trajectoires professionnelles, Études et résultats N° 759, mai 2011. Publié le 12 mai 2011. Muriel BARLET et Marie CAVILLON - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES).

2ème congrès TRANSFORMATE du 19-20 mars 2012 à Paris, *La perte de sens du travail et les conséquences sur la santé*. SILVA DOS SANTOS R. (médecin du travail et maître en philosophie, Université Lyon 3

Table des annexes

Annexe 1 : Échelle MBI

Annexe 2 : Questionnaire

Annexe 3 : Questions aux médecins du travail

Annexe 4 : Guide d'entretiens

Annexe 5 : Lettre d'accompagnement

Annexe 1 : Echelle MBI

Maslach burnout inventory : MBI traduction Fontaine

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item.

jamais :	0
quelques fois par année, au moins :	1
une fois par mois, au moins :	2
quelques fois par mois :	3
une fois par semaine :	4
quelques fois par semaine :	5
chaque jour :	6

Entourez le chiffre correspondant à votre réponse.

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression, à travers mon travail, d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dure » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes	0 1 2 3 4 5 6

malades	
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	

Instructions pour le calcul des indices de l'échelle MBI

Répartition des 22 items-questions

Épuisement professionnel : questions : 1 2 3 6 8 13 14 16 20

Degré du burnout :

- total inférieur à 17 : bas.
- total compris entre 18 et 29 : modéré.
- total supérieur à 30 : élevé.

Dépersonnalisation : questions : 5 10 11 15 22

Degré du burnout :

- total inférieur à 5 : bas.
- total compris entre 6 et 11 : modéré.
- total supérieur à 12 : élevé.

Accomplissement personnel : questions : 4 7 9 12 17 18 19 21

Degré du burnout :

- total inférieur à 40 : bas.
- total compris entre 34 et 39 : modéré.
- total supérieur à 36 : élevé.

Annexe 2 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE

Votre fonction exacte : Cadre de santé Faisant fonction de cadre de santé
 Infirmière coordinatrice Autre : _____

Diplôme : _____ Diplôme universitaire : _____

Depuis combien de temps exercez-vous ce poste : _____

Vous êtes responsable : de combien de lits d'EHPAD : _____
de combien d'agents : _____

Dans votre établissement, prenez-vous en charge des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et du comportement ? oui non proportion : _____ %

Votre établissement est : public privé association

1) Que représente pour vous l'épuisement professionnel ? _____

2) Avez-vous le sentiment de bien connaître le sujet de l'épuisement professionnel ?

oui non

3.1) Pensez-vous que le fait de travailler dans le secteur EHPAD est un facteur de risque favorisant l'épuisement professionnel soignant ? oui non

3.2) Si oui pourquoi ? (cocher les réponses qui vous conviennent, plusieurs réponses sont possibles)

- charge de travail manque de personnel locaux inadaptés
 travail difficile travail répétitif travail non-valorisant
 manque de matériel de manutention confrontation à la mort
 confrontation au corps vieillissant prise en charge les personnes démentes
 contraintes temps/travail ambiance d'équipe difficile turn-over de personnel
 absentéisme autre, précisez : _____

4.1) Dans votre position de manager, l'épuisement professionnel soignant est-il une de vos priorités ? oui non

4.2) Si oui, de quelle(s) action(s) avez-vous mis en œuvre ?

4.3) Si non, pourquoi ? _____

5.1) Existe-t-il des **risques** d'épuisement professionnel dans votre service/structure ?

oui non

5.2) Si oui, de quelle(s) origine(s) provienne(nt) ces risques d'épuisement professionnel ?

6.1) Parmi votre équipe, y a-t-il des personnes en épuisement professionnel ?

oui non

6.2) Si oui, avez-vous constaté une catégorie professionnelle plus touchée qu'une autre ?

oui non

6.3) Si oui, laquelle ? _____

6.4) Qu'est-ce qui vous fait penser à un épuisement professionnel pour ces personnes ?

(cocher les réponses qui vous conviennent, plusieurs réponses sont possibles)

- fatigue agressivité absences pleurs
 irritabilité rigidité face aux demandes cynisme mal être
 pessimisme inefficacité malgré une présence importante
 peu rigoureux difficultés de communication avec les autres membres de l'équipe
 autre(s), précisez : _____

7.1) Estimez-vous que le dépistage de l'épuisement professionnel des agents fait parti de vos missions ? oui non

7.2) Si non, à qui est dévolue cette mission ? _____

8.1) Dans votre structure/service, avez-vous des outils pour vous aider à **détecter** l'épuisement professionnel parmi les membres de votre personnel ? oui non

8.2) Si oui, de quelle(s) manière(s) et à quelle(s) occasion(s) ?

9) Connaissez-vous le MBI ? oui non

10.1) Une fois détectée, existe-t-il une prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel soignant dans votre structure/service ? oui non

10.2) Si oui, laquelle ? _____

11.1) Dans votre structure/service, existe-t-il une **procédure** concernant « l'épuisement professionnel » ? oui non

11.2) Si oui, de quel type et pourquoi ?

12.1) Existe-t-il un **document unique** dans votre structure/service ? oui non

12.2) Si oui, fait-il allusion à l'épuisement professionnel soignant ? oui non

12.3) Si oui de quelle manière ? _____

13) Dans votre structure/établissement, existe-t-il un **projet** :

13.1) concernant la **prévention** de l'épuisement professionnel ? oui non

13.2) concernant la **prise en charge** de l'épuisement professionnel ? oui non

13.3) Si oui (à l'une ou l'autre des réponses), quel(s) type(s) de personne (fonction) est/sont associé(s) au projet : _____

14) Que mettriez-vous en place pour lutter contre l'épuisement soignant ?

Facultatif : le ratio sur une journée de 24h : type de personnel sur le nombre de résidents :

Rencontre possible pour un entretien (sur rendez-vous et durée de 1h30) :

coordonnées : téléphonique : ____ / ____ / ____ / ____ / ____

mail : _____ @ _____

Je vous remercie pour votre participation,

Cordialement

Christelle Bigot

Annexe 3 : Questions aux médecins du travail

Pour vous, quel(s) est/sont le(s) rôle(s) du cadre de santé dans le syndrome d'épuisement professionnel ?

Qu'attendez-vous du cadre de santé dans la prévention, le dépistage et la prise en charge de l'épuisement professionnel ?

Annexe 4 : Guide d'entretiens

QUESTIONNAIRE MEDECIN DU TRAVAIL

- 1) Depuis combien de temps exercez-vous ce poste ?
- 2) L'épuisement professionnel soignant est-il une de vos priorités ?
- 3) De quelle(s) origine(s) provienne(nt) ces risques d'épuisement professionnel ?
- 4) Les signes d'appel d'un épuisement professionnel ?
- 5) Constatez-vous une catégorie professionnelle plus touchée qu'une autre ?
Laquelle ?
- 6) Quelle(s) action(s) avez-vous mis en œuvre ?
Le rôle du CDS dedans ?
- 7) Estimez-vous que le dépistage de l'épuisement professionnel des agents fait partie des missions des CDS ?
- 8) Existe-t-il des outils pour aider les CDS à **détecter** l'épuisement professionnel parmi les membres de votre personnel ? De quelle(s) manière(s) et à quelle(s) occasion(s) ?
- 9) Que pensez-vous du MBI ?
- 10) Une fois détectée, que doit faire le CDS pour la charge du syndrome d'épuisement professionnel soignant dans votre structure/service ?
- 11) Existe-t-il une **procédure** concernant « l'épuisement professionnel » ?
De quel type ?
- 12) L'épuisement professionnel soignant doit-il apparaître sur **document unique** ?
De quelle manière ?
- 13) Quel(s) type(s) de personne (fonction) est/sont associé(s) à un **projet** concernant la **prévention** de l'épuisement professionnel ?
- 14) Quel(s) type(s) de personne (fonction) est/sont associé(s) à un projet concernant la **prise en charge** de l'épuisement professionnel ?
- 15) Pensez-vous que le fait de travailler dans le secteur EHPAD est un facteur de risque favorisant l'épuisement professionnel soignant ?
Pourquoi ?

Annexe 5 : Lettre d'accompagnement

Mme Christelle BIGOT
319 Rue des pervenches
45700 PANNES
Mail : cri.bigot@aliceadsl.fr

Madame, monsieur, le cadre de santé¹⁵⁷

EHPAD

Pannes, le 7 mars 2013

Madame, Monsieur,

L'épuisement professionnel soignant est un sujet d'actualité, de plus en plus réfléchi, discuté et travaillé au sein des structures de soins.

Actuellement en formation cadre de santé, j'ai souhaité aborder l'épuisement professionnel soignant comme thème de mon mémoire de fin d'année.

Afin de répondre à ma problématique concernant cette thématique, je sollicite votre participation en vous proposant de répondre au questionnaire ci-joint. Il sera anonymisé pour l'analyse.

Pour poursuivre mes investigations, je souhaite rencontrer des cadres de santé. Si vous êtes intéressé par un entretien, vous pouvez me le préciser à la fin du questionnaire en me laissant vos coordonnées.

Vous trouverez donc ci-joint le questionnaire et l'enveloppe pré-timbrée pour la réponse. Le document est à me renvoyer avant le 15 avril 2013.

Je vous remercie très sincèrement pour votre coopération, et vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes meilleures salutations.

Christelle Bigot

PS : Ne pouvant prévenir votre hiérarchie, veuillez m'en excuser auprès d'elle.

¹⁵⁷ Faisant fonction, infirmier(e) coordinateur(trice), infirmier(e) référent(e),...



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

Le cadre de santé face à l'épuisement professionnel soignant en EHPAD

AUTEUR

Christelle BIGOT

MOTS-CLES

cadre de santé, syndrome d'épuisement professionnel soignant, évaluation, prévention, EHPAD, équipe soignante

KEYWORDS

nurse management, burnout syndrome, assessment, prevention, elderly people homes, health-care team

RESUME

L'épuisement professionnel est un sujet d'actualité qui touche le secteur médico-social. En EHPAD, la charge de travail est réputée lourde. Les soignants peuvent développer un syndrome d'épuisement professionnel. Les causes et les manifestations de ce syndrome sont multiples et dépendent des individus. Dans tous les cas, le « *burnout* » est lié au stress professionnel et il modifie la relation soignant-soigné. Le rôle du cadre de santé, garant de la qualité des soins, est primordial dans le management de l'équipe soignante ainsi que dans le dépistage de ce syndrome. Les moyens de repérage du « *burnout* » sont mal connus par les cadres de santé, donc non utilisés. Des cadres de santé d'EHPAD privés ou publics français ont été questionnés.

ABSTRACT

Burn out syndrome is a topic that touches the medical and social sector. In elderly people's homes, the workload is considered heavy. The health-care providers can develop a caregiver burnout syndrome. The causes and manifestations of this syndrome are multiple and depend on individuals. In all cases, the burnout syndrome is related to job stress and changes the health-care providers-patient relationship. The role of the nurse manager, ensuring the quality of care, is essential in the management of the health care providers; team as well as in the detection of this syndrome. Means of identification of "*burnout*" are poorly known by healthcare executives therefore unused. The nurse managers of public or private elderly people nursing homes French were questioned.