

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

PREVENIR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :

*La posture managériale du cadre de santé face au
syndrome d'épuisement professionnel soignant en
oncologie*

Catherine ROUESNE

DCS@15-16

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM 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 tiens à remercier mon directeur de mémoire, Monsieur Patrick FARNAULT d'avoir su guider ma réflexion dans la construction de ce travail de recherche.

Un merci particulier à Sandrina et Gaelle pour leur relecture.

Je remercie également tous les professionnels qui ont pris le temps de participer à mes entretiens : cadres de santé, psychologue du travail et médecin du travail. Ainsi que les infirmières et aides-soignantes qui ont répondu à mon questionnaire. Merci à eux pour leur disponibilité et le partage de leur expérience professionnelle qui a permis de nourrir ma réflexion.

Je remercie mes collègues de promotion avec qui j'ai partagé ces dix mois de formation traversés d'épreuves, de doutes et de joies.

Je remercie toute l'équipe de l'IFCS pour sa disponibilité et sa gentillesse.

Enfin, je tiens tout particulièrement à remercier ma famille et mes proches pour leur soutien.

« Les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte »¹

Herbert FREUDENBERGER

¹ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008, p6

Sommaire

Liste des abréviations

Introduction.....	4
1 La problématique	6
1.1 L'émergence de ma problématique.....	6
1.2 Le cheminement menant à ma question de départ	7
2 Le cadre conceptuel.....	9
2.1 Le travail.....	9
2.1.1 Définition	9
2.1.2 La psychodynamique du travail	10
2.1.3 La psychopathologie du travail	11
2.1.4 Le travail en équipe	11
2.1.5 Le travail en oncologie.....	12
2.2 Les risques psychosociaux.....	15
2.2.1 Définition	16
2.2.2 Cadre législatif.....	16
2.3 Le stress professionnel.....	19
2.3.1 Définition	19
2.3.2 Les modèles du stress.....	20
2.3.3 Les facteurs de stress en milieu hospitalier	23
2.3.4 Les mécanismes d'adaptation	25
2.4 Le syndrome d'épuisement professionnel soignant.....	27
2.4.1 Historique	28
2.4.2 Définition	28
2.4.3 La description du syndrome.....	30
2.4.4 Les manifestations du SEPS	31
2.4.5 Les conséquences.....	32
2.4.6 Les facteurs de risque	33
2.4.7 La prévention du SEPS	35

2.5	Le management du cadre de santé	39
2.5.1	Définition	39
2.5.2	L'école des relations humaines.....	40
2.5.3	Le management de proximité	41
2.5.4	Les types de management.....	43
2.5.5	Le management situationnel.....	45
2.5.6	La posture du cadre de santé	46
2.6	Problématique et hypothèse	47
3	L'enquête de terrain	49
3.1	La méthodologie de l'enquête.....	49
3.1.1	Le choix du terrain d'enquête.....	49
3.1.2	L'entretien.....	49
3.1.3	Le questionnaire	51
3.2	L'analyse des questionnaires.....	53
3.2.1	L'identification de la population.....	53
3.2.2	L'analyse des résultats des questionnaires.....	54
3.3	L'analyse des entretiens	65
3.3.1	L'exploitation des données	65
3.3.2	L'identification de la population.....	66
3.3.3	L'analyse des verbatim des entretiens.....	66
3.4	La synthèse	78
3.5	Les limites du travail de recherche.....	83
	Conclusion.....	85
	Bibliographie.....	87
	Annexes	

Liste des abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé

ANSES : Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail

AS : Aide-Soignant

CDS : Cadre De Santé

CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité des Conditions de Travail

CLCC : Centre de Lutte contre le Cancer

CLIN : Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales

CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DURP : Document Unique de Risque Professionnel

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ESM : Ecole Supérieure Montsouris

IAE : Institut d'Administration des Entreprises

IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat

IDEC : Infirmier(e) de coordination

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

IRDS : Infirmière Référente Douleur Service

MBI : Maslach Burn out Inventory

PAPRI Pact : Programme Annuel De Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail

PHRC : Programme Hospitalier de Recherche Clinique

PPS : Plan Personnalisé de Soins

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

RPS : Risque Psychosociaux

SEPS : Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Introduction

Durant notre formation à l'Institut de Formation de Cadre de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris en partenariat avec l'Université Paris-Est Créteil, il nous est demandé de réaliser un mémoire dans le cadre d'un travail d'initiation à la recherche. A partir de la problématique d'une situation professionnelle, il s'agit d'orienter notre réflexion sous un nouvel angle en prenant du recul afin de « *rassembler des données empiriques et théoriques, les analyser, les mettre en relation, leur donner du sens, et traduire le cheminement de sa réflexion* »² et ceci dans le but d'améliorer sa pratique professionnelle.

A l'aide d'une démarche réflexive, j'ai souhaité traiter de la question de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie que j'ai pu observer durant ma pratique professionnelle en tant qu'infirmière.

En milieu hospitalier, l'exposition aux risques psychosociaux change fortement selon la profession exercée, selon le « *panorama 2014 des établissements de santé* » publié le 5 mars 2014 par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (Drees)³. D'après cette étude, les infirmiers constituent la famille professionnelle la plus exposée aux risques psychosociaux (RPS) : « *ils sont 72% à se sentir exploités, contre 65% pour l'ensemble des salariés travaillant à l'hôpital* »⁴.

De nos jours, le monde du travail est en changement constant. Les soignants doivent faire face à une demande de performance sans cesse croissante. Ils sont soumis à des demandes de toutes sortes au niveau institutionnel mais également de la part des patients et des familles. Ces exigences au travail ainsi qu'un rythme plus que soutenu augmentent la présence d'agents stressés notamment organisationnels. Lorsque les situations, perçues comme stressantes, sont fréquentes et se présentent sur une durée prolongée, le stress devient chronique. Cela peut mettre l'individu dans une situation d'épuisement professionnel. Situation à laquelle les soignants en oncologie sont particulièrement exposés de par la complexité des situations rencontrées notamment la confrontation à la souffrance

² Institut de formation des cadres de santé Ecole Supérieure Montsouris. Guide du mémoire à l'usage des étudiants 2015-2016

³ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé édition 2014, 171p. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf> (Consultée) le 15/11/2015

⁴ Ibid. p23

voir au décès des patients ainsi qu'à la difficulté de prise en charge des familles. Effectivement, la gestion du deuil impacte chaque soignant de manière singulière.

Une enquête a été réalisée, dans le cadre d'un programme hospitalier de recherche clinique, auprès d'aides-soignants et d'infirmiers d'un cancéropôle. Les 574 questionnaires recueillis ont mis en évidence que « *la souffrance des soignants est fréquente en hématologie et en oncologie* »⁵. Le cadre de santé est garant de la qualité des soins au sein du service dont il a la charge. Il est également responsable en partie de la qualité de vie au travail des soignants constituant l'équipe. En tant que futur cadre de santé, il me semble donc important de mener une réflexion concernant la prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

Ce travail s'articulera en trois parties. Dans une première partie, je présenterai le cheminement de pensée ayant permis d'aboutir à ma question de départ. Dans la seconde, j'établirai un cadre théorique comportant les concepts que j'ai souhaité explorer en lien avec le thème. Ce cadre conceptuel m'aidera à dégager une problématique et à établir une hypothèse de recherche. Enfin, dans la troisième partie, j'exposerai la méthode utilisée pour mener mon enquête de terrain ainsi que l'analyse des résultats en les croisant avec le cadre conceptuel afin de répondre à ma question de recherche.

⁵ COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RODRIGUES. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncologie*, juin 2011, volume 5, issue 2, p83

1 La problématique

Dans cette première partie, je vais présenter différents constats issus de mon expérience professionnelle qui m'ont amené à ma réflexion de départ et au choix du sujet.

1.1 L'émergence de ma problématique

Infirmière diplômée d'état en 1999, j'ai débuté ma carrière au sein d'un service de médecine oncologique durant trois ans. J'éprouvais des difficultés dans les prises en charge palliatives tant auprès des patients que des familles. Effectivement, il s'agit de prises en charge complexes pas toujours évidentes pour une « infirmière novice ». Les premières années, j'appréhendais les prises en soins des patients en fin de vie car, pour moi, elles étaient génératrices de stress. Le questionnement était multiple : que pourrais-je faire ou dire pour reconforter le patient ? Comment agir avec la famille ? Avais-je bien agi ? Que pourrais-je faire de plus afin que le patient soit confortable ? L'esprit d'équipe était présent et j'ai toujours trouvé du soutien ce qui m'a permis de surmonter les périodes difficiles émotionnellement.

Puis j'ai exercé durant 8 années dans un service hautement spécialisée en oncologie pédiatrique qui avait la particularité d'être exposé à une grande charge émotionnelle. Ce service qui fait office de référence en France et en Europe, fait face à des situations complexes de prise en soins pouvant nécessiter un investissement alliant lourdeur des soins et accompagnement relationnel important, essentiel à une prise en charge de qualité. La présence constante des parents pouvait être un facteur de stress supplémentaire pour les soignants. De plus, la charge de travail était importante et le risque vital parfois engagé pour certains enfants. La charge émotionnelle conséquente était renforcée par la longueur de l'hospitalisation qui créait des liens forts entre cette triangulation (enfant-parent-soignant). Certains soignants s'investissaient, selon moi, plus que leur rôle de soignant dans certaines prises en charge et j'ai pu observer des infirmières fatiguées et épuisées psychologiquement.

Enfin, j'ai intégré un service de médecine oncologique adulte qui accueillait ponctuellement des enfants pour des traitements spécifiques (une quinzaine d'enfants sur l'année et jamais plus de deux sur la même période). La prise en charge pédiatrique étant spécifique et le service accueillant peu d'enfants, certains soignants éprouvaient une difficulté lors de cette prise en charge car elle était peu fréquente et générait donc beaucoup de stress pour certains. La plupart des soignants intégrant l'unité n'avait pas de compétences pédiatriques

préalables. Je me souviens d'une période où la charge de travail était particulièrement importante : les présences au sein du service de nombreux patients demandant un nursing fréquent, des nouveaux patients, des patients en fin de vie, associées à la présence de deux enfants hospitalisés dans le service. En ce qui concerne, la prise en charge des nouveaux patients, les Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE) débutaient leur traitement de chimiothérapie, concomitante à de la radiothérapie. Cela nécessitait donc des soins techniques spécifiques mais également du temps relationnel. Temps indispensable pour réaliser l'information du patient (au sujet de la chimiothérapie et de la radiothérapie) et pour effectuer une éducation lui permettant une inter cure de qualité. Concernant les patients en fin de vie, il s'agissait d'une prise en soin singulière demandant des soins de confort importants avec une demande de l'entourage pouvant être très fréquente. Dans ce contexte complexe, la difficulté a été palpable sur plusieurs membres de l'équipe notamment une infirmière. Elle exprimait sa difficulté à ne pas pouvoir exécuter son travail comme elle l'aurait voulu, de ne pas passer assez de temps auprès des patients. Elle ressentait une frustration et partait à la fin de sa journée de travail en disant qu'elle aurait voulu mieux faire. Son moral se dégradait, elle était triste, moins présente dans les conversations avec ses collègues, verbalisait qu'elle avait des difficultés à dormir et se réveillait la nuit en pensant au travail. Au fil des jours, elle était de plus en plus fatiguée physiquement et émotionnellement si bien qu'elle s'arrêta. L'arrêt de travail de cette infirmière de plusieurs semaines fut suivi par celui d'une aide-soignante pour la même raison. Ces deux arrêts eurent un impact au niveau de l'équipe. Tout d'abord, au niveau individuel car il est triste de constater que quelqu'un que l'on apprécie a des problèmes physiques et psychologiques. Puis au niveau collectif, les arrêts impliquent un manque de personnel qui fut compensé par des heures supplémentaires effectuées par les autres membres de l'équipe sur plusieurs semaines avec une fatigue à terme majorée.

Cette situation complexe m'a interpellée à l'époque.

1.2 Le cheminement menant à ma question de départ

En tant que future cadre de santé, je me questionne sur ces situations rencontrées. Cette infirmière et cette aide-soignante sont épuisées moralement et physiquement.

Mais que nomme t on précisément « l'épuisement professionnel » ?

Quels en sont les facteurs déclencheurs, favorisants ?

Le stress dû aux situations rencontrées peut-il être un facteur déclenchant de cet épuisement ?

Quel est le rôle du cadre de santé dans la prise en charge de l'épuisement professionnel ?
Les situations en oncologie sont complexes, je me demande donc si le lieu d'exercice a une importance sur cet épuisement.

L'épuisement professionnel peut-il être évité et comment le prévenir ?

Face à ce questionnement multiple, je souhaite mener une réflexion plus approfondie sur le thème de l'épuisement professionnel.

Au début de ce travail de recherche, différents concepts ont émergé de ma réflexion. La réalisation d'une carte mentale, présentée en annexe 1, a permis de faire apparaître les mots-clefs : oncologie, stress, fatigue, épuisement professionnel, soins palliatifs.

Le temps imparti pour la réalisation de ce travail de recherche étant restreint, j'ai choisi de traiter de l'épuisement professionnel en oncologie. Sa prise en charge me semble importante dans ma future fonction. Les lectures effectuées durant ma recherche documentaire de la phase exploratoire m'ont permis de constater les conséquences possibles sur l'individu, le service et l'institution. C'est pourquoi, au vu de cet impact important, je souhaite axer ma recherche sur la prévention car je pense comme le dit l'adage qu'« il vaut mieux prévenir que guérir ».

Ce constat m'a donc amené à formuler la question de départ suivante :

Quelles stratégies managériales le cadre de santé peut-il déployer dans la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie ?

Pour affiner mon questionnement de départ, je vais explorer différents concepts au sein d'un cadre théorique qui me permettront ensuite de formuler une question de recherche.

2 Le cadre conceptuel

Afin de répondre à la problématique exposée précédemment, il me semble nécessaire de présenter différents concepts. Je commencerai par celui du travail qui me semble essentiel à appréhender afin de cerner les risques psychosociaux puis le stress et l'épuisement professionnel. Enfin, je terminerai par le management du cadre de santé.

2.1 Le travail

Le travail étant au cœur du concept d'épuisement professionnel, il me semblait évident de commencer par appréhender cette notion. Effectivement, il est intéressant de savoir pourquoi l'individu travaille et ce qu'il attend du travail. Je débiterai donc par une définition puis je préciserai différentes théories. Enfin, je finirai en précisant la spécificité du travail en oncologie.

2.1.1 Définition

Le terme travail recouvre différentes définitions car plusieurs affectations peuvent lui correspondre selon le contexte.

Selon le dictionnaire Larousse, il s'agit d'une « *activité de l'homme appliquée à la production, à la création, à l'entretien de quelque chose* »⁶. Le travail permet donc à l'homme de jouer un rôle au niveau sociétal. Ainsi, l'homme se sent et se rend utile. De ce fait, il acquiert une signification aux yeux des autres.

Il s'agit également d'une « *activité économique de l'homme, productrice d'utilité sociale* »⁷. Le travail permet à l'individu de percevoir une rémunération.

Le travail joue donc un rôle essentiel dans la vie d'une personne. Travailler permet d'assurer sa survie et son confort au niveau matériel et intellectuel. Mais l'individu souhaite plus qu'un salaire, il cherche une adéquation entre ses besoins propres et ceux de son institution. Il cherche du sens au travail, veut se sentir efficace, utile et reconnu. Il souhaite s'accomplir en tant que salarié tout en ayant une vie familiale et le cas échéant des activités sportives ou culturelles.

Au niveau étymologique, le mot travail vient de l'ancien français⁸ signifiant souffrance. Il provient du latin « *tripalium* » qui signifie instrument de torture.

⁶ Disponible sur <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/travail/98505>
(Consulté le 15/12/2015)

⁷ Ibid. consulté le 15/12/2015

⁸ <http://dicophilo.fr/definition/travail/> (consulté le 15/12/2015)

Le travail peut donc être une activité de plaisir comme de souffrance. La psychodynamique du travail est une discipline s'intéressant à cette approche. Je présenterai donc cette théorie ainsi que celle de la psychopathologie du travail.

2.1.2 La psychodynamique du travail

La psychodynamique du travail est un lieu d'émergence de stratégies défensives qui permet aux professionnels de composer avec les exigences de leur situation de travail afin de rester en bonne santé. Cette approche me semble donc intéressante à utiliser pour appréhender le concept d'épuisement professionnel. Selon le fondateur de la psychodynamique du travail, Christophe DEJOURS, psychiatre et psychanalyste français, le travail permet de se connaître soi-même par la confrontation aux autres et au monde. Le travail « *revêt une importance centrale pour la santé mentale et intellectuelle : il permet de transformer une souffrance en plaisir* »⁹. Il part du postulat que le travail se situe toujours entre la souffrance et le plaisir. Ainsi, pour lui, les professionnels souffrent mais ne l'expriment pas. Ils accepteraient donc des contraintes de travail tout en étant conscient de mettre à mal leur santé. Mais le travail peut également être source de plaisir et de satisfaction dans deux cas. Tout d'abord, lorsqu'il est librement choisi ou librement organisé. Ensuite, quand les exigences professionnelles s'accordent avec les besoins du travailleur.

Par ailleurs, le travail se construit dans **l'écart entre le travail prescrit et le travail réel**. Le travail prescrit correspond à ce qui est attendu par l'employé et formalisé le cas échéant dans des protocoles et procédures. Le travail réel constitue ce que le salarié effectue de manière effective. Il me semble important d'être conscient de l'existence de cet écart au niveau des pratiques, pouvant générer de la souffrance lorsqu'il est trop important.

De plus, le travail est souvent invisible puisqu'il ne s'agit pas uniquement d'effectuer une tâche. En effet, il est difficile d'exprimer « le truc en plus » qui fait la différence. Afin de devenir visible, **le travail doit être reconnu**. La reconnaissance se manifeste, selon ce médecin, par des jugements d'utilité et de beauté. Le jugement d'utilité est effectué par la hiérarchie ou par les patients. Quant au jugement de beauté, il consiste en une reconnaissance par ses pairs qui confirment le travail accompli et le respect des règles de travail ou « règles de métier ». Le travail est primordial dans le processus de construction identitaire et dans la santé mentale. Cette approche me semble très intéressante concernant les soignants.

⁹ DEJOURS Christophe. Souffrance au travail : regards croisés sur des cas concrets. Lyon : Chronique sociale, 2012, p95

Une autre discipline clinique se concentrant sur l'étude des rapports entre les contraintes de travail et la santé mentale me semble intéressante à aborder : la psychopathologie du travail.

2.1.3 La psychopathologie du travail

Yves CLOT, professeur de psychologie du travail, apporte, quant à lui, une réflexion sur le travail qui pour lui réhabilite le conflit et le pouvoir des employés d'agir sur leur situation. En effet, il donne une place centrale au travail notamment une place sociale. Le travail est un lieu d'épanouissement pour le salarié. C'est également un lieu où les employés veillent eux même sur la qualité, non seulement de leur travail mais aussi sur celle d'un modèle de relations dans lequel la vie du groupe prévaut sur les intérêts individuels. Le travail est donc source de joie lorsqu'il est « bien fait ». Mais cela n'est pas toujours possible et dans ce cas, Yves CLOT parle de « **qualité empêchée** »¹⁰. Selon lui, la source du malaise au travail provient de cette qualité empêchée trouvant par exemple sa source dans les injonctions contradictoires ou la pression du temps. Les salariés n'ont plus le temps « de respirer » ou « souffler ». Il constate bien souvent l'absence de « **temps de controverse** »¹¹ pour que le collectif s'entende sur ce qu'est le travail « bien fait », ce qui plonge les employés dans une insatisfaction au travail.

Enfin, au sein des structures hospitalières, les soignants appartiennent à une équipe de travail. Yves CLOT précise concernant les soignants que « *le collectif de métier n'est ni plus ni moins qu'un instrument de travail qui contient les gestes de chacun* »¹². Le travail en équipe est important en milieu hospitalier comme je le préciserai maintenant.

2.1.4 Le travail en équipe

Le travail en oncologie s'effectue **en équipe pluridisciplinaire** pour assurer une prise en charge holistique du patient. Selon la sociologue Géraldine ABRAMI « *Une équipe peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir une cible commune, laquelle implique une répartition des tâches et la convergence des efforts des membres de l'équipe* »¹³. Effectivement, bien qu'il existe une répartition des tâches selon les fonctions de chacun, chaque membre de l'équipe constitue une ressource pour l'autre. Pierre CAUVIN, docteur en sciences sociales, déclare qu'« *une équipe est un*

¹⁰ CLOT Yves. Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : la découverte, 2015, p39 a 69

¹¹ Ibid. 134 à 141

¹² Ibid. p80

¹³ FORMARIER Monique, JOVIC Ljijana. Les concepts en sciences infirmières. ARSI, Mallet conseil, 2eme édition, 2012, p180

lieu où se développent des solidarités, ou se renforcent les actions de chacun par le jeu des échanges, ou s'unifie l'activité, ou se crée un esprit commun »¹⁴. L'équipe est donc un lieu d'échanges et de solidarité. En cas de difficulté lors d'une prise en charge, un soignant peut donc se tourner vers un pair ou un collègue d'une autre discipline (médecin, kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, diététicienne). Le psychosociologue Roger MUCCHIELLI précise que « *le travail d'équipe n'est pas inné. C'est une compétence qui s'apprend, se travaille. L'efficacité d'une équipe n'est pas seulement affaire de cohésion et d'organisation. Elle s'appuie sur des règles, une dynamique qui doivent être maîtrisées pour conduire à la réussite de l'équipe* »¹⁵. **Le cadre de santé joue donc, à mon sens, un rôle essentiel pour maintenir la cohésion, orienter les soignants et rappeler les finalités.**

J'aborderai désormais le travail au niveau de la spécificité de mon sujet de recherche : en oncologie.

2.1.5 Le travail en oncologie

➤ Le contexte

Le troisième plan cancer lancé en 2014 (2014-2019¹⁶) met l'accent sur la prévention et le dépistage du cancer. De plus, il prévoit l'adaptation de notre système de santé afin que chaque usager puisse bénéficier de la même qualité de soins et des progrès de la recherche. Effectivement, l'oncologie est confronté à de **profondes mutations** : nouvelles techniques de soins et nouvelles attentes des malades. Les patients et leur entourage sont de mieux en mieux informés par les médias, les associations de patients et les médecins.

Au fil des évolutions techniques, les problématiques des patients se modifient ainsi que leurs demandes. Cependant, un grand nombre de situations demeurent inchangés. Notamment, l'annonce de la maladie grave qui représente toujours un traumatisme pour le patient. **Le dispositif d'annonce**, obligatoire par le plan cancer, a pour objectif de permettre à chaque usager de bénéficier des meilleures conditions d'information et de soutien. Il s'effectue au début de la maladie et en cas de récurrence. Il s'articule en différentes phases débutant par un temps médical. Ce dernier consiste en l'annonce du diagnostic

¹⁴ Ibid. p 180

¹⁵ Ibid. p181

¹⁶ Plan cancer 2014-2019 disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>

(Consulté le 28/01/2016)

suivi d'une proposition de stratégie thérapeutique définie par la Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) qui formalise le Plan Personnalisé de Soins (PPS). Le deuxième temps consiste en un **accompagnement soignant** défini en fonction du fonctionnement de l'institution. Il est souvent effectué par une infirmière qui sert de relai entre le patient, le médecin et ses accompagnants permettant d'identifier les besoins. Le patient est alors intégré dans un parcours de soins spécifique.

➤ Les soins techniques spécifiques

Tout au long de ce parcours en cancérologie, le patient doit faire face à la dure réalité d'effets corporels induits par la maladie et ses traitements. Les atteintes sont physiques et psychiques. Les soignants ont donc besoin de compétences spécifiques pour cette prise en charge. Lors de l'administration d'une chimiothérapie, l'infirmière mobilise différentes compétences. Elle informe en effet le patient, puis procède au soin en utilisant le matériel spécifique tout en respectant les règles de qualité et de sécurité rigoureuses car des effets indésirables telles que l'extravasation¹⁷ peuvent avoir des conséquences sévères pour le patient. Par ailleurs, les effets secondaires telles que les nausées, vomissements sont nombreux. L'infirmière doit donc être vigilante et surveiller leur survenue afin de prodiguer des soins adaptés. Les soignants, infirmiers et aides-soignants doivent avoir une formation adaptée afin de dispenser des soins de qualité. Dans le cadre de leur formation initiale, ils ont acquis des compétences qu'ils renforcent au cours de leur expérience professionnelle. En raison de la forte charge mentale dans ce type de service et des évolutions techniques, des formations continues me semblent obligatoires.

➤ La charge mentale

Le médecin du travail, Suzanne ESSAYAG déclare : « *certaines disciplines médicales, telles que l'oncologie, font porter aux soignants une charge mentale plus intense encore qu'ailleurs en raison de l'importance des responsabilités, du stress permanent, de la nature de la fonction de soignant en ces lieux...* »¹⁸.

En oncologie, un des défis du soignant est de s'adapter aux différentes situations rencontrées. En effet, il peut administrer une chimiothérapie à un patient connaissant son diagnostic depuis peu. Puis, entrer dans la chambre suivante pour soulager un patient en

¹⁷ En oncologie, l'**extravasation** est une urgence thérapeutique, due à un accident au niveau du dispositif d'injection entraînant une fuite accidentelle de liquide et/ou médicament de la veine vers les tissus cutanés et sous cutanés. Elle peut conduire à des complications sévères si un traitement n'est pas entrepris immédiatement. (Protocole de conduite à tenir en cas d'extravasation d'agents anticancéreux et autres produits corrosifs de Gustave Roussy février 2011).

¹⁸ DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1ère édition, 2011, p12

fin de vie. La posture à adopter sera alors différente : la relation soignant/soigné à établir est singulière en fonction des individus et des situations.

De par la nature de la pathologie cancéreuse, la prise en charge peut être difficile pour le soignant car la rémission n'est pas toujours au rendez-vous. Or une relation soignant/soigné s'installe au fil des hospitalisations. La charge mentale sera d'autant plus importante suivant l'implication du soignant.

Lors de ma pratique, j'ai pu observer qu'une des principales difficultés des soignants, prenant en charge ces patients, concernait la dimension relationnelle. Il m'a donc semblé intéressant de me documenter sur les mécanismes de défense du soignant.

Martine RUSZIEWSKI, psychologue, définit les différents mécanismes de défense des soignants face à la maladie grave¹⁹. Voici les principaux :

Le mensonge	La banalisation
La fausse réassurance	La fuite en avant
L'identification projective	L'évitement

Pour parvenir à une relation authentique « *seule une vérité pas à pas, tenant compte des mécanismes de défense du soignant et du soigné, se révélera apte à engendrer une relation équitable au plus proche de la réalité psychique, vécue dans cet indissoluble et douloureux contexte de mort* »²⁰

La charge mentale est prégnante en oncologie notamment lors des soins palliatifs que je préciserai maintenant.

➤ Les soins palliatifs

Des soins palliatifs sont prodigués au sein des services de cancérologie et cela jusqu'à la phase terminale. Lorsqu'ils dispensent des soins palliatifs, les soignants sont au cœur même de la nature des soins infirmiers à savoir le prendre soin. En effet, les soins palliatifs sont des « *soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle(...)* Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès

¹⁹ RUSZIEWSKI Martine, Face à la maladie grave, patients, famille, soignants, Dunod, 2014, p45à51

²⁰Ibid. p62

et proposent un soutien aux proches en deuil »²¹. Dans ce cas, la prise en soins est singulière et demande une qualité de présence faite de disponibilité et de volonté pour se centrer sur la personne et tenter de mieux la comprendre tout d'abord, au niveau physique. Puis au niveau psychologique, les soignants utilisent pour se faire **l'écoute active**²². Cette prise en soins nécessite de la part des soignants une disponibilité psychique qui n'est pas toujours compatible avec la charge de travail. D'autre part, une relation soignant/soigné se crée au fil des jours et le risque d'épuisement professionnel est d'autant plus grand que cette relation comporte une part d'affectivité. Mais il est difficile pour le soignant de se mettre « à une bonne distance ». Cette complexité quotidienne peut être source d'insatisfaction voir de souffrance. En cancérologie, le soignant doit se souvenir qu'il ne travaille jamais seul mais en équipe comme je l'ai souligné dans la sous partie intitulée « le travail en équipe ».

Le travail donne un sens à la vie au niveau individuel et sociétal. Les théories de la psychodynamique et de la psychopathologie du travail permettent d'appréhender des sources de malaise au travail notamment entre le travail réel et les aspirations des individus. C'est le cas dans le milieu soignant notamment en cancérologie où la technicité et la charge mentale prégnante particulièrement en phase palliative peuvent entraîner des risques psychosociaux. Nous allons préciser, maintenant, ce concept.

2.2 Les risques psychosociaux

Les risques psychosociaux (RPS) se révèlent être un enjeu majeur en terme de santé publique. Effectivement, « *L'ANSES (Agence Nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) indique que les consultations pour risque psychosocial sont devenues la première cause de consultation pour pathologie professionnelle en France en 2007* »²³. Des faits dramatiques tels que des suicides de professionnels nous rappellent régulièrement que les RPS constituent désormais une priorité en termes de prévention.

A ce jour, en France, cette notion n'a pas de définition scientifique ni juridique. Ce risque se situe au carrefour des sphères professionnelles et personnelles. Il fait référence à de nombreuses notions telles que le stress, l'épuisement professionnel, le harcèlement moral

²¹ JOUTEAU-NEVES Chantal, MALAQUIN-PAVAN, L'infirmier et les soins palliatifs : prendre soin éthique et pratiques, 5eme Edition, 2013, Paris, Elsevier Masson, p5

²² JOUTEAU-NEVES Chantal, MALAQUIN-PAVAN, L'infirmier et les soins palliatifs : prendre soin éthique et pratiques, 5eme Edition, 2013, Paris, Elsevier Masson, p94

²³ DETCHESSAHAR Mathieu. Santé au travail. Revue française de gestion.N°214. 2011 p90

ou sexuel. Les risques psychosociaux recouvrent donc un champ très vaste qui rend difficile leur étude. Je tenterai tout de même de le définir.

2.2.1 Définition

Pour le ministère du travail, les RPS « sont à l'interface de l'individu (le psycho) et de sa situation de travail (social) d'où le terme de risque psychosocial »²⁴.

En avril 2011, un collège d'experts a rendu un rapport²⁵ demandé par le ministère du travail de la santé et de l'emploi sur le suivi des risques psychosociaux au travail. J'ai choisi cette définition de par la pluridisciplinarité et la richesse de ce collectif. Pour lui, les risques psychosociaux sont définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrée par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »²⁶. Il ne s'agit donc pas uniquement d'un risque concernant un individu. Le risque est également collectif puisqu'il est, en partie, engendré par les « conditions d'emplois et les facteurs organisationnels »²⁷. Au niveau d'une unité, le cadre de santé de proximité a donc un rôle à jouer.

Pour cela, il est nécessaire de s'appuyer sur un cadre législatif.

2.2.2 Cadre législatif

La législation française contient un certain nombre de lois concernant les conditions de travail contenu dans **le code du travail** notamment l'article L.1152-1 à 5²⁸ qui stipule que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la Sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : des actions de prévention des risques professionnels ; des actions d'information et de formation ; la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ». Les modifications du code du travail et de santé publique sont issues des lois suivantes :

²⁴ VALLERY Gérard, LEDUC Sylvain. Les risques psychosociaux. Paris : Presses Universitaires de France, 2015, p7

²⁵ BODIER Marceline, GOLLAC Michel. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Parvis : Ministère du travail de la santé et de l'emploi, avril 2011,223p disponible sur

<http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>

(Consulté le 15/12/2015)

²⁶ Ibid. p.31

²⁷ Ibid. p 31

²⁸<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006178066&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20090528> (consulté le 22/11/2015)

- La loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991²⁹, transposition de la **directive européenne** 89/391/CEE du 12 juin 1989 qui concerne la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail. L'article. L. 230-2.stiplule « *le chef d'établissement prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement (...). Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels* ».
- La **loi** n° 2002-73 du 17 janvier 2002³⁰ **de modernisation sociale** a inscrit dans le Code du travail le harcèlement moral en posant le principe qu'« *aucun salarié ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation de ses conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel* » (article L. 1152-1 du Code du travail). De nos jours, ces dispositions du Code du travail constituent un outil juridique fondamental dans la prise en compte des risques psychosociaux.
- L'accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008³¹ sur **le stress au travail** aborde les aspects organisationnels, les conditions et l'environnement de travail.
- L'accord interprofessionnel du 26 mars 2010³² et l'arrêté ministériel de 2010 concernant **le harcèlement et la violence au travail** instaurent des mesures de prévention qui sont désormais obligatoires et s'imposent à tout employeur selon deux axes principaux. Il s'agit tout d'abord d'améliorer la compréhension et la prise de conscience des employeurs et des salariés par des actions de sensibilisation et de formation. Dans un deuxième temps, les « victimes » doivent être prises en charge.

²⁹ LOI no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1) Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=i_d (consulté le 29/12/2015)

³⁰ LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=i_d (Consulté le 29/12/2015)

³¹ Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815> (Consulté le 29/12/2015)

³² Arrêté du 23 juillet 2010 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630774> (Consulté le 29/12/2015)

● Le 22 octobre 2013 un **protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux**³³ a été signé dans la fonction publique.

● La circulaire DH/8A/PK/Ct de février 1990³⁴ définit ainsi les activités du surveillant « *Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité... Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail des personnels.* ». Le décret et l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé spécifie qu'il est garant de la qualité des soins. Le cadre de santé est donc responsable des soignants de son unité.

En parallèle, les établissements de santé ont l'obligation d'être accrédités depuis 1999. Introduite au sein du système de santé par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996, la certification a pour objectif de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins dispensés. Dans la version 2014, plusieurs critères sont exigés à propos du « *management des ressources* » notamment concernant la référence 3 c'est à dire la gestion des ressources humaines. Les critères du manuel d'accréditation de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé³⁵ (ANAES) sont les suivants :

- « **Critère 3.c concernant la santé et sécurité au travail**
 - « *Les risques professionnels sont identifiés à périodicité définie*
 - *Le document unique est établi*
 - *Un plan d'amélioration des conditions de travail est défini*
- **Critère 3.d concernant la qualité de vie au travail**
 - *La qualité de vie au travail fait partie des orientations stratégiques de l'établissement*
 - *Un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail est défini »*

Selon la législation française, le directeur d'établissement hospitalier est donc responsable de la sécurité et de la protection de la santé physique et mentale des employés. Il doit mettre en place les actions de prévention nécessaires. Il s'agit d'une obligation de moyen et de résultat. Parallèlement, les nouveaux critères issus de la certification 2014³⁶ précise

³³ Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique, protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, 2013, 24p http://www.fonctionpublique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf (Consulté le 02/01/2015)

³⁴ <http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Circulaire-DH-8A-PK-CT-no-00030-du> (Consulté le 23/01/2015)

³⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, direction de l'accréditation, manuel d'accréditation des établissements de santé, janvier 2014, p25

³⁶ Ibid. p25

l'obligation pour l'établissement de mettre en place des actions de santé et de sécurité au travail. Le cadre de santé étant responsable de l'unité de soins dont il a la charge, il me semble que son rôle est prépondérant au niveau de la prévention des RPS des soignants.

Les notions de stress et d'épuisement professionnel sont intégrées au sein des RPS. Elles sont parfois prises comme terme équivalent. Il me semble nécessaire de dissocier ces deux concepts afin d'affiner notre recherche. Nous débuterons par celle qui se manifeste la première : le stress.

2.3 Le stress professionnel

Afin de comprendre les relations entre épuisement professionnel et stress, il m'apparaît essentiel de redéfinir le concept de stress. Le stress est un état dont on parle beaucoup à notre époque mais que l'on définit mal. « *Il est devenu un concept-valise, pour ne pas dire un concept-poubelle dans lequel on déverse ce qui échappe à l'analyse, à l'identification* »³⁷. Je souhaite donc cerner ce concept et particulièrement le lien entre le stress et la genèse de l'épuisement professionnel.

Tout d'abord, je vais définir le concept du stress, puis je présenterai les facteurs de stress et pour finir les mécanismes d'adaptation.

2.3.1 Définition

Le mot stress vient du latin « *stringere* »³⁸ (traduire par serrer) lié à un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression, interne ou externe, ressentie comme une tension à réduire.

Le stress est défini pour certains comme le mal du siècle or il existe depuis très longtemps. Effectivement, c'est ce processus qui a permis à l'être humain de s'adapter aux différentes conditions de vie. Le stress peut être négatif (lors de l'annonce d'une mauvaise nouvelle) mais il peut également être positif (lors de l'annonce d'une bonne nouvelle).

« *Un état de stress survient lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception d'une personne à des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face* »³⁹. Ce ne sont donc pas les épreuves du travail qui sont

³⁷ MACHADO Tony. La prévention des risques psychosociaux : concepts et méthodologies d'intervention. Presses universitaires de Rennes, collection Psychologie, 2015, p123

³⁸ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008, p23

³⁹ Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail disponible sur

stressantes mais l'impossibilité de les surmonter. Le stress ne réside donc ni dans la personne ni dans la situation mais dans la transaction entre la personne et l'environnement. D'autre part, il s'agit d'une notion subjective puisqu'elle est perçue uniquement par l'individu.

Selon SELYE, médecin canadien ayant donné une assise scientifique au concept du stress ainsi qu'une diffusion quasi mondiale, le stress se traduit par le « *syndrome général d'adaptation* ». Effectivement, l'effet du stress peut se prolonger dans l'organisme tout entier et même entraîner la mort avec une sécrétion maximale de cortisol. La réponse physiologique est centrale, négligeant la dimension psychologique. Selon lui, le stress résulte d'une résistance de l'organisme face à un environnement nocif. Il nomme agent stresseur tout stimulus persistant et anormal qui contraint l'organisme à rétablir un équilibre. Il définit ce syndrome en trois phases⁴⁰ :

- **La réaction d'alarme** correspond à « *l'exposition aux agents stressants, avec un choc et un contre-choc* ».
- **La phase de résistance** correspond à la « *réaction de l'organisme* » ou l'individu récupère et remobilise ses forces pour faire face à l'événement menaçant.
- **La phase d'épuisement** apparaît « *lorsque les réactions de l'organisme ont échoué à faire revenir l'organisme dans son état d'équilibre initial* ». Elle se manifeste lors d'un stress prolongé. L'individu n'a plus d'énergie pour lutter contre les stimuli.

Le stress est donc un **processus adaptatif**, défini en trois phases, qui ne devient pathogène que lorsque l'individu estime que les ressources dont il dispose ne lui permettent pas d'y faire face. Il existe différents modèles de référence du stress que je présenterai.

2.3.2 Les modèles du stress

Plusieurs modèles proposent d'expliquer l'impact d'éléments stressants sur la personne. J'ai choisi de présenter les trois principaux⁴¹ :

- **Le modèle de Lazarus** ou modèle de perspective transactionnelle :

Lazarus est un psychologue présentant le stress dans une perspective transactionnelle. D'après lui, le stress s'inscrit dans la relation qu'une personne entretient avec son environnement. L'émergence du stress est, pour lui, indissociable des caractéristiques individualisées de l'individu et dépend donc principalement de sa perception. De manière

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815>

(Consulté le 20/12/2015)

⁴⁰ VALLERY Gérard, LEDUC Sylvain. Les risques psychosociaux. Paris : Presses Universitaires de France 2eme édition, 2014, p33

⁴¹ Ibid. p48-56

subjective, l'employé peut donc sous-évaluer ou surévaluer sa capacité à faire face aux stimuli. La réaction de stress sera déclenchée s'il pense qu'il ne peut pas affronter la situation. Dans ce modèle, trois niveaux de stress peuvent être décrits : social, psychologique et physiologique.

Le modèle de Karasek ou modèle demande-contrôle-soutien au travail :

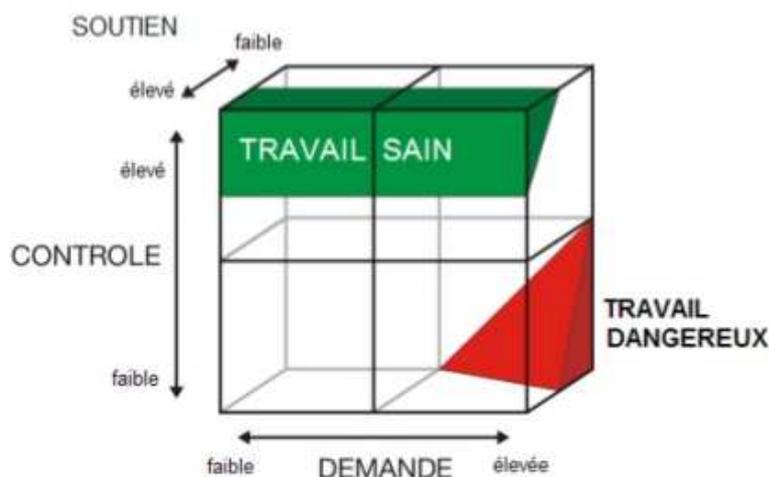


Schéma 1 illustrant le modèle du stress au travail de Robert Karasek⁴²

A ses débuts, le modèle de Karasek ne considère que deux dimensions. La première est définie par la **latitude décisionnelle** ou **job control**. Elle comporte deux facteurs : l'autonomie décisionnelle et l'utilisation des compétences. La deuxième dimension est la **demande psychologique** définie par la charge de travail quantitative ou qualitative. La tension psychologique constitue une situation à risque pour la santé. C'est le cas lorsqu'une situation associe une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle appelée le « job strain »⁴³ ou « *tension au travail* ».

Par la suite, une troisième dimension s'est ajoutée : **le soutien social**. Il inclut le soutien émotionnel, social et instrumental des relations au travail, qu'il s'agisse d'un supérieur hiérarchique ou d'un collègue. En somme, plus l'employé possède une latitude décisionnelle et moins il subit passivement les effets négatifs de la demande psychologique. De plus, le soutien social s'y intègre comme modérateur. Effectivement, il accentue ou diminue la relation entre les deux premiers déterminants.

Ce modèle a permis d'établir un questionnaire. Un score est ainsi obtenu ; il permet de situer les deux premières dimensions. Je présente, en annexe 2, le score de demande

⁴² Modèle du stress de Karasek disponible sur <http://www.psychologuedutravail.com/psychologie-du-travail/modele-de-karasek/> (Consulté le 15/01/2016)

⁴³ DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1ère édition, 2011, p240

psychologique et de latitude décisionnelle par famille professionnelle. J'ai entouré en bleu celle des aides-soignants et celle des professions paramédicales où se situent les infirmières.

Le modèle de Siegrist ou modèle balance efforts-récompenses

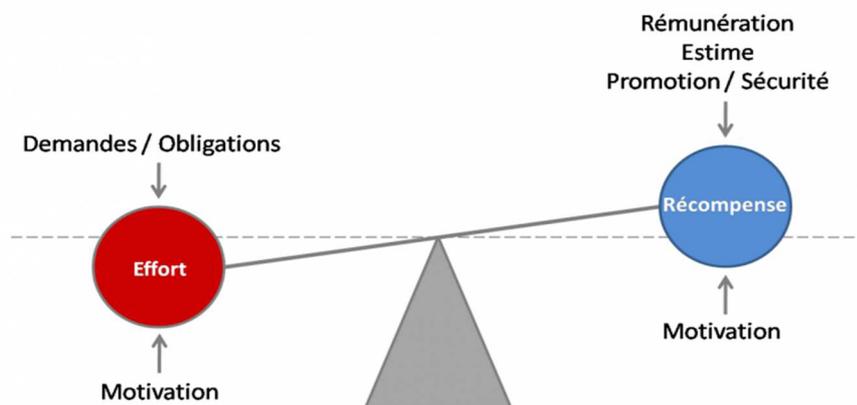


Schéma 2 illustrant le modèle du stress au travail de Johannes Siegrist⁴⁴

Ce modèle s'intéresse au déséquilibre entre les efforts de l'agent et les récompenses offertes par le milieu professionnel. Selon ce modèle, des situations sont à risque pour la santé de l'agent lorsque qu'il fait plus d'efforts qu'il ne reçoit de récompenses et/ou lorsqu'il surinvesti son travail. Les efforts peuvent être extrinsèques ou intrinsèques :

- Extrinsèques : les contraintes du travail telles que le temps, la charge physique, les interruptions et les responsabilités.
- Intrinsèques : liés à la personnalité de l'employé tels que les motivations et les attitudes qui influencent l'engagement professionnel.

Concernant les récompenses, il s'agit de ce que l'agent retire de son travail : le salaire, l'estime de soi et le contrôle. Le stress est donc un processus adaptatif qui ne devient pathogène que lorsque l'individu estime que les ressources dont il dispose ne lui permettent pas d'y faire face.

Le modèle de Lazarus aborde l'aspect subjectif transactionnel. Celui de Karasek permet de prendre en compte les dimensions de demande, de contrôle et de soutien social présent sur tout lieu professionnel.

Enfin, le modèle de Siegrist met en évidence le déséquilibre existant entre les efforts fournis par l'agent et les récompenses obtenues. Les modèles de Karasek et de Siegrist me

⁴⁴ Modèle du stress de Siegrist disponible sur <http://www.atousante.com/risques-professionnels/sante-mentale/stress-professionnel/mesure-desequilibre-efforts-recompenses-questionnaire-siegrist/> (Consulté le 23/02/2016)

semblent complémentaires pour obtenir une analyse juste des contraintes psychosociales présentes dans l'environnement professionnel.

Certains facteurs peuvent être à l'origine du stress, je les présenterai dans la sous partie ci-dessous.

2.3.3 Les facteurs de stress en milieu hospitalier

Les facteurs de stress (nommés stressseurs) sont nombreux et variés du fait de la multitude de situations rencontrées par le soignant à l'hôpital. J'exposerai des facteurs de stress hospitaliers, présentés par Pierre CANOUI et Aline MAURANGES⁴⁵, régulièrement retrouvés comme ayant une corrélation significative avec l'épuisement professionnel.

➤ **Stresseurs dus à l'organisation de travail**

Les stressseurs organisationnels représentent une part importante des facteurs de stress de par leur fréquence. Voici les deux principaux :

- **L'interruption des tâches.** Les soignants sont effectivement très souvent sollicités (téléphone, demande de collègue ou de famille) alors qu'ils effectuent une tâche nécessitant de la concentration. La nécessité d'interrompre la tâche pour ensuite la reprendre constitue pour le soignant un dysfonctionnement qui entraîne de la fatigue liée à la concentration nécessaire à la reprise de la tâche initiale. Cette interruption peut nuire à la relation avec le patient et générer de la frustration. Or la relation soignant/soigné est très importante en oncologie notamment pour les patients en fin de vie. Il ne sera bien souvent pas possible de revenir dans la chambre d'un patient qui s'apprêtait à se livrer sur des angoisses ou des volontés intimes.
- **L'ambiguïté des rôles.** Lorsqu'un soignant assume un rôle non défini sur sa fiche de poste, ce manque de clarté génère du stress dû à la difficulté d'y faire face. Elle se rencontre notamment en cas de manque de personnel. Lorsque cette confusion persiste, elle peut entraîner de la souffrance.

Ces deux facteurs peuvent entraîner une perte d'identité professionnelle.

➤ **Stresseurs dus aux conditions de travail**

- **La relation d'aide :** la relation d'aide est présente dans tous les services de soins et particulièrement en oncologie. Il s'agit de la base du métier de soignant.

⁴⁵ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008, p62-94

Construire une relation entre un soignant et un patient nécessite « une juste distance » qui n'est pas toujours évidente à établir. L'identification peut générer du stress. De même, la confrontation à la souffrance et à la mort renvoient les soignants à leurs propres émotions telles que la culpabilité ou le désespoir quand le travail de deuil n'est pas effectué.

- **Le manque de soutien** : caractérise le fait de **ne pas être assez reconnu** professionnellement. De plus, des jeux de pouvoir peuvent s'installer lorsque des groupes se forment au sein de l'équipe. Les cloisonnements, entraînant une diminution des échanges et pouvant être sources de conflit sont délétères pour la communication. Enfin, certains observent une « loi du silence » n'osant pas remettre en cause une pratique, une organisation ou une difficulté. Dans ce cas, le soutien est impossible.
- **La technologie** : la médecine se développe et le monde hospitalier met en place de nouvelles technologies pouvant constituer un progrès mais également un risque. En oncologie, de nouvelles molécules apparaissent permettant une thérapie ciblée du patient. Les soignants doivent être conscient que la médecine n'est pas toujours « gagnante » et donc en reconnaître ses limites et par conséquent les leurs.
- **L'impact des pathologies**. Chaque service connaît des difficultés différentes. On pourrait être amené à penser que des unités telles que les urgences, la réanimation ou l'oncologie sont plus susceptibles de générer de l'épuisement professionnel de par la forte charge psychique rencontrée. L'impact des pathologies est un facteur pouvant pousser à l'épuisement mais concernant le lien entre le stress et le type de service : le « *manque de précision des études à ce sujet laisse libre toute interprétation* »⁴⁶.

➤ **Stresseurs environnementaux**

Les stresseurs environnementaux sont définis par un système de cinq M :

- **Le Milieu** : les conditions d'aménagement du service sont importantes pour les soignants. « *le milieu s'inscrit dans la liste des critères ergonomiques retenus comme dysfonctionnels dès lors que les conditions physiques, biologiques ou chimiques, mais aussi d'hygiène et de sécurité, se révèlent non appropriés* »⁴⁷.

⁴⁶ Ibid. p89

⁴⁷ Ibid. p89

- **Les Matières premières** : telles que les gants ou compresses utilisées en grande quantité. Leur manque est stressant et épuisant pour le soignant à la longue.
- **Le Matériel** : il doit être adapté et ergonomique. Dans les services de radiothérapie, les machines exposent les soignants à des risques éventuels tels que les radiations ionisantes.
- **Les Méthodes de travail** : l'introduction de nouvelles technologies (telles que l'informatisation) a changé les méthodes de travail. Il a donc fallu s'adapter. Une préparation et une formation sont nécessaires afin que le changement ne soit pas source de stress et n'oppose pas de résistance. D'autre part, la sectorisation peut être à réévaluer en fonction de la charge de travail de chaque soignant.
- **La Main d'œuvre** : présence de soignants en nombre et en compétences suffisantes.

Les facteurs peuvent également être liés à **l'environnement familial** mais je ne m'étendrais pas sur le sujet car il s'agit de la sphère privée pour laquelle la cadre n'a pas d'action possible.

Dans le monde soignant, les stresseurs sont donc d'ordre psychologique, physique ou social. Ils déclenchent des processus d'ajustement qui permettront d'enrayer l'impact déstabilisant de ces stresseurs voir d'y faire face. Il existe plusieurs moyens de faire face au stress, mécanismes de défense explicités dans la partie suivante.

2.3.4 Les mécanismes d'adaptation

Deux individus exposés aux mêmes sources de stress ne réagiront pas de la même manière. Le stress pourra être négatif pour certains et positif pour d'autres. Face aux agents stresseurs, le soignant doit faire preuve de stratégies d'adaptation, appelée « coping » terme anglophone qui signifie « faire face ».

➤ Les stratégies d'adaptation individuelles

Ces stratégies individuelles sont passives ou actives.

Les stratégies passives comprennent des attitudes telles que l'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique ainsi que les attitudes de résignation. Ces processus

visent à réduire l'angoisse mais sont « *d'une efficacité toute relative, ne mobilisant pas suffisamment l'esprit combatif du soignant* »⁴⁸.

Les stratégies actives se mettent en place lorsque le soignant améliore ses compétences en entrant en relation avec autrui et son environnement, en verbalisant ses affects afin d'aborder une difficulté. Trois stratégies actives se retrouvent principalement :

- **Le soutien social** constitué des partages, d'aide morale ou matérielle et des conseils entre collègues afin d'obtenir une réponse technique ou organisationnelle. Cette stratégie permet d'augmenter l'efficacité et la compétence du soignant.
- **L'esprit combatif** : ce trait de personnalité entraîne souplesse et adaptation. Il permet la maîtrise personnelle des événements.
- **La croyance** : qu'elle soit personnelle ou religieuse, semble faciliter l'adaptation au stress notamment lors des prises en charge des phases palliatives.

➤ **Les stratégies d'adaptation collectives**

Certains auteurs « *pensent qu'ils n'existent pas de stratégies de défense collectives chez les infirmières. Inversement, Carpentier-Roy⁴⁹ aurait observé leur présence dans certains services de soins tels que (...) la cancérologie(...) lieux de confrontation à la souffrance plus développés qu'ailleurs* »⁵⁰. Les stratégies d'adaptation collectives viennent de la nécessité de devoir nier une réalité de manière inconsciente afin de mieux la supporter. Plus la situation sera douloureuse et plus le processus défensif sera important. « *Cette stratégie s'appuie sur le principe de collision et du phénomène groupal. S'unir dans l'adversité en déifiant la peur ou en la tournant en dérision préserve la vulnérabilité individuelle* »⁵¹. « *Le principe est collectif mais la souffrance reste toujours singulière* »⁵².

Les stratégies d'adaptation collectives des soignants sont les suivantes⁵³ :

- **Le déni** de perception de la réalité
- **La coopération**
- **La collision** contre un adversaire commun
- **Le changement de statut** « *de victimes à agents actifs* »⁵⁴ en utilisant « *soit le défi soit la provocation soit la dérision* ».

⁴⁸ Ibid. p96

⁴⁹ Sociologue de formation et co-fondatrice du réseau de psychodynamique du travail du Québec

⁵⁰ Ibid. p102

⁵¹ Ibid. p102

⁵² Ibid. p102

⁵³ Ibid. p103

⁵⁴ Ibid. p105

Au niveau professionnel, la confrontation au stress oblige à une réponse. Les stratégies d'adaptations utilisées par les soignants sont individuelles ou collectives. « *"Il n'existe pas de stratégie efficace ou inefficace a priori mais des stratégies adaptées pour certaines personnes dans des environnements particuliers* »⁵⁵.

De plus, les ressources dont les soignants disposent pour faire face au stress ne sont pas inépuisables, d'où le danger de l'exposition au stress chronique. Effectivement, « *c'est le stress chronique qui construit le burn out (...)* Ainsi, on parlera d'épuisement professionnel après des expositions à des stress professionnels durant des périodes allant de un à cinq ans »⁵⁶ L'épuisement professionnel pouvant être appréhendé comme « *la conséquence d'un stress professionnel*⁵⁷ » ou comme « *la phase ultime du stress en un épuisement de l'organisme tant physique que psychologique* »⁵⁸, nous définirons maintenant le concept d'épuisement professionnel.

2.4 Le syndrome d'épuisement professionnel soignant

Le terme « *burn out (...)* en se vulgarisant s'est affadi au point d'englober tout ras-le-bol au travail »⁵⁹. L'épuisement professionnel est un « *concept mouvant aux multiples définitions dont aucune ne peut prétendre en faire la synthèse* »⁶⁰. Entre 1983 et 2013, on dénombre près de 4 000 occurrences consacrées au burn-out avec une nette accélération au début des années 2000 visible sur la série 2 de l'annexe 3. Je constate également sur ce graphique l'importance des études consacrées aux soignants (série 1 de l'annexe 3).

Le milieu soignant est particulièrement touché puisque différentes études montrent qu'en France 18 à 45% des infirmières actives présentent un niveau élevé d'épuisement professionnel⁶¹. Selon une étude menée dans un canceropole en 2009, « *39% des soignants avaient au moins un score élevé : aide-soignants (35.2%) et infirmières (25%)* »⁶².

Je ferai donc un rappel de l'origine de ce concept avant de le définir. Puis, j'exposerai ses facteurs de risque ainsi que sa prévention.

⁵⁵ DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1ere édition, 2011, p245

⁵⁶ Op cité. CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital, 4eme édition, p25

⁵⁷ MACHADO Tony. La prévention des risques psychosociaux : concepts et méthodologies d'intervention. Presses universitaires de Rennes, collection Psychologie, 2015, p147

⁵⁸ Ibid. p147

⁵⁹ DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1ere édition, 2011, préface p1

⁶⁰ Guide d'aide à la prévention : Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, mieux comprendre pour mieux agir. Anact ; INRS

⁶¹ Op cité CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital, 4eme édition, p 57

⁶² COLOMBAT Philippe. Démarche participative et qualité de vie au travail dans les soins. EHSEP Journée « prendre soin au travail. Septembre 2011

2.4.1 Historique

Le concept de « burn out » a vu le jour en 1970 aux Etats-Unis en tant que problème social. Mais dans les années 50, des précurseurs français ont envisagé la fatigue au travail sous des descriptions assez proches telles que le surmenage intellectuel ou les états d'épuisement. C'est le cas de Claude VEIL qui écrit en 1959, dans le Concours Médical, sous le titre *Primum non nocere*⁶³ : « *l'état d'épuisement professionnel est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives* ».

Cependant, le concept de « burn out » naît en 1970 grâce aux travaux du psychiatre et psychanalyste Herbert Freudenberger. Ce dernier travaillait dans une clinique qui prenait en soins des patients toxicomanes. Cette institution exigeait une grande disponibilité des soignants et il remarqua qu'après un départ enthousiaste, les soignants bénévoles développaient une fatigue progressive et un cynisme à l'égard des patients. Il fut le premier à utiliser le terme de « burn out » pour caractériser l'état mental de ces volontaires. En 1980, il justifie ce terme en disant « *les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte* »⁶⁴. Ce médecin a donc montré qu'il s'agissait d'un syndrome survenant progressivement. Par ailleurs, il a identifié cet épuisement comme touchant des personnes engagées dans une relation d'aide. Le mot « burn out » est utilisé, dans l'aérospatiale lorsque l'épuisement de carburant dans une fusée a pour conséquence la surchauffe et le risque de destruction de l'engin. Je comprends donc l'utilisation de ce terme métaphorique pour nommer ce syndrome.

Puis, vers 1975 le chercheur Christina Maslach utilise le terme de « burn out » au sujet des urgentistes et des professionnels de sauvetage. Par la suite, elle élaborera avec son équipe un instrument de mesure, le Maslach burn out inventory (MBI) que je développerai dans la sous-partie concernant la prévention.

2.4.2 Définition

Actuellement, il existe trois mots⁶⁵ pour désigner ce syndrome.

⁶³Ibid. p1

⁶⁴ Ibid. p6

⁶⁵ Ibid. p9

Tout d'abord le terme « **burn out syndrome** » provenant du verbe « to burn out » qui signifie échouer, s'user, s'épuiser devant une demande trop forte d'énergie ou de ressources. Cette expression utilisée par les anglo-saxons s'est par la suite généralisée. Ensuite, le mot « **Karoshi** » qui signifie en japonais « mort par excès de travail ». Dans la culture nipponne, les employés satisfont avant tout aux exigences de l'entreprise. Je ne garderai donc pas ce terme au cours du reste de ma recherche. Enfin, le terme de « **syndrome d'épuisement professionnel** » qui correspond en France à une usure professionnelle. J'utiliserai ce terme de manière préférentielle au cours de ma recherche.

Comme tous les risques psychosociaux, le syndrome d'épuisement professionnel désigne à la fois ses causes et ses symptômes. Les définitions sont multiples : plus d'une cinquantaine. La première est donnée par Herbert FREUDENBERGER pour qui l'épuisement professionnel est « *un état causé par l'utilisation excessive de son énergie et de ses ressources, qui provoque un sentiment d'avoir échoué, d'être épuisé ou encore d'être exténué* »⁶⁶. Christina MASLACH, quant elle, précise qu'il s'agit d'« *une incapacité d'adaptation de l'intervenant à un niveau de stress émotionnel continu causé par l'environnement de travail* »⁶⁷. En ce qui me concerne, la définition de Denise BEDARD et André DUQUETTE me semble la plus appropriée à ma recherche. Selon eux : « *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* »⁶⁸. Cette définition intègre la notion de relation d'aide prégnant en oncologie. L'épuisement professionnel est donc, selon cette définition, un type de réponse à des stressseurs du travail interpersonnels et émotionnels.

L'épuisement professionnel est donc un épuisement des ressources physiques et psychiques d'un individu ainsi qu'une incapacité pour un individu à s'adapter à un niveau de stress émotionnel continu. C'est donc un phénomène chronique et évolutif. Il touche particulièrement des personnes exerçant une profession d'aide, ayant un idéal professionnel élevé et subissant un stress continu au sein de leur activité professionnelle. Les professions soignantes sont donc des populations particulièrement concernées par ce syndrome, puisqu'elles réunissent les trois facteurs décrits précédemment. Dans le milieu médical, il se nomme : syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS). Après avoir défini ce syndrome, je vais maintenant en apporter une description.

⁶⁶ Ibid. p10.

⁶⁷ Ibid. p10

⁶⁸ Ibid. p17

2.4.3 La description du syndrome

Il existe plusieurs modèles de burnout. Celui défini par Christina Maslach, psychologue américaine, me semble convenir le mieux à ma recherche. Elle présente la conjonction de trois facteurs alors que certains modèles n'en considèrent que deux. Voici les trois dimensions fondamentales du syndrome⁶⁹ :

- **L'épuisement émotionnel** : cet épuisement se manifeste autant physiquement que psychologiquement. La personne trop engagée dans ses activités physiques, n'a plus d'énergie émotionnelle si bien qu'elle éprouve des difficultés à travailler avec certains patients. Elle éprouve une difficulté à être en relation avec les autres. Sa vitalité diminue ainsi que son capital énergie qui s'épuise si bien qu'elle n'est plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Cet épuisement se double souvent d'un sentiment de vide que les moments de repos ou de vacances peinent à améliorer. Elle se sent donc vidée et ne pense pas avoir les moyens à sa disposition pour se ressourcer. Ce manque d'énergie lui rend insupportable le fait de devoir affronter une nouvelle journée de travail. Paradoxalement, cet épuisement peut se manifester par de la froideur, des crises de larmes ou de colère.
- **La déshumanisation de la relation à l'autre** : cette dimension constitue le « *noyau dur du syndrome* »⁷⁰. Cette deuxième dimension, qui s'installe progressivement et lentement, se caractérise par la perte de la qualité relationnelle dans les rapports interpersonnels. L'individu finit par traiter la personne comme une chose ou un objet. « *L'individu est en quelque sorte réifié*⁷¹ ». Il s'agit d'une mise à distance de la personne soignée. Typiquement, le soignant ne parle plus de Madame Durand mais de la « mastectomie de la chambre 310 ». Il développe une attitude d'indifférence et de cynisme face au soigné mais également face à ses collègues. Le soignant met en place des mécanismes personnels de défense spontanément. Cette dépersonnalisation est souvent accompagnée d'une perte d'idéalisme et ressentie comme une forme d'échec personnel.

Cette déshumanisation de la relation à l'autre associée à l'épuisement émotionnel est appelé John Wayne syndrome par des psychologues américains en référence à un cowboy solitaire, impassible et qui « *nie tous les problèmes, alors que les balles sifflent à ses oreilles* »⁷².

⁶⁹ Ibid. p14 à 16

⁷⁰ Ibid. p15

⁷¹ Ibid. p15

⁷² Op cite DELBROUCK Michel p32

- **La diminution de l'accomplissement personnel** : conséquence des deux dimensions précédentes, elle est douloureusement vécue par le soignant. Il s'agit d'une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi. Cinzia ZANOTTI et David THIBODEAU nomme cette dimension « *le sentiment d'échec professionnel* »⁷³. D'après eux, elle est caractérisée « *par un sentiment d'incompétence professionnelle jumelé à un manque de réalisation personnelle* »⁷⁴. Le soignant a un regard sévère et dévalorisant sur la plupart de ses réalisations qu'elles soient professionnelles ou personnelles. Il est démotivé, la confiance qu'il a en lui-même est affectée et diminue ainsi que son estime de soi. Les réactions diffèrent selon les soignants. Certains se désinvestissent de leur travail. Au contraire, d'autres ont tendance à passer plus de temps dans leur service tout en devenant de moins en moins efficaces, sans s'en rendre compte. Le « *présentéisme* »⁷⁵ constitue ainsi une autre face de l'épuisement professionnel souvent méconnue des soignants.

Ainsi, le syndrome d'épuisement apparaît comme un syndrome à trois dimensions comprenant un épuisement professionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel.

Les signes du SEPS ne sont pas spécifiques et c'est pourquoi le SEPS est reconnu comme un syndrome et non comme une maladie.

Je présenterai maintenant ses différentes manifestations.

2.4.4 Les manifestations du SEPS

L'état d'épuisement professionnel se manifeste par de nombreux symptômes, propre à chaque individu, mais aucune symptomatologie spécifique n'existe. Effectivement, peu d'éléments diffèrent des symptômes liés à l'état anxieux ou dépressif dû au stress. D'après Tony MACHADO⁷⁶, les signes cliniques du syndrome peuvent être regroupés dans trois catégories .

Tout d'abord, les **symptômes physiologiques et physiques** qui se manifestent essentiellement par une fatigue chronique avec une baisse d'énergie. Le sentiment de fatigue intense, de se sentir « vidé » est le symptôme physique le plus fréquent. Il se manifeste également par des troubles somatiques tels que des troubles du sommeil ou

⁷³ ZANOTTI Cinzia, THIBODEAU David. Tenir l'épuisement professionnel à distance, le burnout. Montréal : Quebecor, p10

⁷⁴ Ibid. p10

⁷⁵ Travail et changement. Présentéisme : une autre face de l'épuisement professionnel. Bimestriel du réseau Anact-Aract pour l'amélioration des conditions de travail, n°354, mars-avril 2014

⁷⁶ MACHADO Tony. La prévention des risques psychosociaux : concepts et méthodologies d'intervention. Presses universitaires de Rennes, collection Psychologie, 2015, p155

digestifs, des migraines ou des douleurs musculo-squelettiques. Des troubles du comportement alimentaire peuvent être observés ainsi qu'une transformation corporelle (prise ou perte de poids excessive).

Ensuite, les **symptômes cognitifs et affectifs** où l'on observe essentiellement des signes émotionnels tels que l'hypersensibilité, l'apathie, l'irritabilité ou l'agressivité. De plus, des troubles de la mémoire et de l'attention peuvent se manifester.

Enfin, les **symptômes comportementaux** peuvent s'exprimer sous forme de comportement d'impulsivité ou de repli sur soi. Parfois, ils peuvent entraîner le développement de conduites addictives telles que l'abus d'alcool ou de drogue.

La symptomatologie du burnout est donc assez complexe et peu spécifique. De plus, elle peut évoluer vers la dépression ou l'anxiété.

De nos jours, la notion de « **burn-in** »⁷⁷ émerge. Il s'agit du phénomène annonciateur du burn out également appelé « antichambre du burn out »⁷⁸. La personne atteinte de burnout ne s'en rend pas forcément compte, c'est pourquoi il est important que le cadre de santé soit alerté sur ces signes et idéalement dès le burn-in car les conséquences par la suite sont majeures.

2.4.5 Les conséquences

Les conséquences sont difficilement évaluables. « *Pour l'Europe des Quinze, l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail estimait en 2010 les coûts liés au stress à plus de 20 milliards d'euros. En France, les estimations, tout aussi délicates, atteignaient de 1.9 à 3 milliards d'euros en 2007(...) les chiffres sont vraisemblablement bien supérieurs car cette estimation ne tient pas compte des coûts qualitatifs pour l'individu et en particulier de la souffrance et de la perte de bien-être qui peuvent représenter jusqu'à deux fois les coûts des soins et des pertes de richesse* »⁷⁹.

Selon Suzanne PETERS⁸⁰, il existe trois coûts :

- **Les coûts directs** : à savoir l'absentéisme, les accidents de travail, les arrêts maladie, les démissions, les invalidités et les suicides dans les cas les plus graves.

⁷⁷ http://www.lepoint.fr/sante/le-burn-in-l-antichambre-du-burn-out-23-02-2015-1907156_40.php (consulté le 23/01/2016)

⁷⁸ ibid

⁷⁹ ZAWIEJA Philippe. Le burn out. Paris : Presses Universitaires de France, 2015, p65

⁸⁰ PETERS Suzanne. Le burn out ou l'épuisement professionnel, American chamber of commerce-France, 28 janvier 2008, p25

- **Les coûts indirects:** tels que la perte de motivation professionnelle ou le remplacement d'un salarié absent.⁸¹ Ils comprennent également le présentéisme qui peut entraîner une perte de qualité au travail, une perte de productivité ainsi qu'une augmentation des conflits.
- **Les coûts cachés ou intangibles** apparaissant dans l'augmentation des conflits qui impactera le climat professionnel. De même, la perte de motivation influera sur le transfert de connaissance de manière négative. Cela peut également avoir une influence négative sur l'image de l'équipe voir de l'hôpital.

Cela comprend également « *le préjudice moral et la souffrance de l'individu* ».⁸²

L'épuisement professionnel a donc un coût pour l'individu et sa santé ainsi que pour l'établissement où il exerce. Ce coût se traduit en terme économique et dans la qualité de la prise en soin des patients.

2.4.6 Les facteurs de risque

Les facteurs ayant une place particulière dans le SEPS sont ceux du stress définis précédemment:

- Stresseurs dus à l'organisation du travail
- Stresseurs dus aux conditions de travail
- Stresseurs environnementaux

Certes, il n'existe pas de profil type de soignant prédisposé à développer un SEPS mais Pierre CANOUI et Aline MAURANGES⁸³ ajoutent les variables personnelles suivantes :

➤ Les variables professionnelles

Les variables professionnelles sont la fonction, la formation et le nombre d'années d'expérience. Contrairement à certaines idées reçues, « *les titres et l'expérience ne sont pas un garant d'une solidité face à l'épuisement professionnel* »⁸⁴.

➤ Les variables sociodémographiques

Les études ne montrent pas de relation entre le SEPS et les variables sociodémographiques telle que le sexe ou la situation familiale. Mais il semble exister une

⁸¹ ZAWIEJA Philippe. Le burn out. Paris : Presses Universitaires de France, 2015, p66

⁸² Ibid. p66

⁸³CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008, p62-67

⁸⁴ Ibid. p63

corrélation entre l'âge et le SEPS : les soignants jeunes sont plus vulnérables⁸⁵. Ils ont une capacité de distanciation moindre. Certains s'épuisent à vouloir changer la réalité pour un idéal qu'ils n'arrivent pas à atteindre. Les plus jeunes se plaignent d'un manque de formation alors que les plus anciens d'un manque de soutien.

➤ La hardiesse

La hardiesse désigne « une caractéristique de la personnalité qui a pour fonction de protéger l'organisme psychosomatique des effets nocifs des événements stressants de la vie. Il apparaît que parmi toutes les ressources personnelles, la hardiesse semble être la puissante pour faire face au stress »⁸⁶. Les trois dimensions de la hardiesse sont :

- **Le sens de l'engagement**
- **Le sens de la maîtrise**
- **Le sens du défi**

Des études⁸⁷ montrent qu' « un programme d'amélioration de la hardiesse en population infirmière s'accompagnait d'une amélioration de leur qualité de vie, d'une diminution de l'intensité du stress perçu et d'une modification des stratégies de coping des soignants (plus grande fréquence des stratégies centrées sur le problème et de recherche de soutien social, moindre fréquence des stratégies d'évitement) ». Le renforcement de ces caractéristiques chez le soignant l'aide à augmenter sa qualité de vie au travail et à accroître ses capacités de résister au stress. Ce type de personnalité semble plus protégé du SEPS.

➤ Les causes liées au type de management

Selon moi, tous les types de management sont utilisables en fonction des situations or Patrick COLOMBAT déclare « on sait que les managériats directifs et persuasifs sont sources de souffrance au travail »⁸⁸. Nous définirons ces différents types dans la partie concernant le management du cadre de santé.

Après avoir défini les facteurs de risque du SEPS, je présenterai maintenant sa prévention.

⁸⁵ Ibid. p63

⁸⁶ Ibid. p64

⁸⁷ COLOMBAT Philippe. Qualité de vie au travail et management participatif. Paris : Editions LAMARRE, 2012, 217p

⁸⁸ COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RODRIGUES Manuel. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. Psycho-Oncologie, juin 2011, volume 5, issue 2, p85

2.4.7 La prévention du SEPS

Le SEPS n'est pas une maladie et il n'existe pas de traitement de celui-ci mais uniquement des traitements de ses conséquences. Le meilleur moyen de lutte contre ce syndrome reste donc la prévention.

Des méthodes de prévention individuelle sont possibles par le soignant lui-même. La pratique d'activités sportives ou artistiques permettent de se ressourcer, de se détendre. Mais je ne m'étendrai pas sur ces pratiques individuelles sur lesquelles je ne pourrai pas avoir d'action en tant que future cadre de santé.

Au niveau institutionnel, il existe plusieurs acteurs participant ensemble à la prévention, dont voici les principaux :

- Le **préventeur**, agent chargé de la prévention des risques professionnels. Sa présence est obligatoire pour tout établissement selon la directive européenne du 12 juin 1989⁸⁹. Ce professionnel met en place une démarche de prévention professionnelle. Il réalise des diagnostics et anime des formations. Il participe à l'élaboration du **Document Unique de Risque Professionnel (DURP)** : document obligatoire qui doit être actualisé chaque année et qui constitue un outil de management. Ce DURP permet l'élaboration du Programme Annuel De Prévention des Risques Professionnels et d'Amélioration des Conditions de travail (PAPRIACT). Il s'agit d'un plan d'actions d'ensemble présenté annuellement au comité d'hygiène, de sécurité des conditions de travail (CHSCT). Le DURP permet de mettre en lumière les risques spécifiques au service notamment en oncologie la manipulation de chimiothérapies ou l'exposition potentielle a des radiations ionisantes⁹⁰.
- **Les représentants du personnel** siégeant au CHSCT dont les missions sont de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail. Ce comité est associé à la recherche de solution en cas de problème organisationnel au sein de l'institution.

⁸⁹ Loi no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1) disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=i> d (consulté le 29/12/2015)

⁹⁰ L'irradiation désigne l'exposition, volontaire ou accidentelle, d'un organisme, d'une substance, d'un corps à des rayonnements. Ce terme est en particulier utilisé lorsque l'on considère l'exposition à des **rayonnements ionisants**.

- Le **médecin du travail** : il ne constate pas uniquement l'inaptitude d'un agent, il joue un rôle dynamique dans la « *recherche des facteurs collectifs de souffrance et dans l'élaboration de stratégies de prévention collectives* ». ⁹¹
- Le **psychologue du travail** : il intervient de manière personnalisée et individuelle auprès des agents le nécessitant. Par ailleurs, il participe à la formation notamment de l'encadrement à la gestion des ressources humaines.
- L'encadrement avec entre autre les **cadres de santé de proximité** ou/ et **cadres supérieurs**.

Tous ces acteurs peuvent participer aux actions préventives développés ci-dessous.

Selon l'OMS, il existe trois niveaux de prévention ⁹² :

➤ La prévention primaire

La prévention primaire vise à éliminer le danger ou à diminuer sa fréquence d'apparition à un niveau de prévention organisationnelle. En premier lieu, il me semble donc pertinent de privilégier ce premier niveau de prévention en diminuant les facteurs de risque ainsi qu'en améliorant les conditions de travail. Mais ce mode de prévention est peu utilisé comme le confirme Jean-Luc STANISLAS ⁹³ : « *il est regrettable, dans les faits, que seule la prévention tertiaire fasse l'objet d'une mobilisation au sein de la plupart des institutions, hormis quelques exceptions* » ⁹⁴. La prévention primaire consiste également à des sensibilisations telles que les formations sur la prévention des RPS ou par la promotion de la qualité de vie au travail.

➤ La prévention secondaire

La prévention secondaire consiste en un niveau de prévention collective visant à augmenter le niveau de maîtrise du risque. Il est possible d'effectuer un « *diagnostic approfondi* » ⁹⁵ permettant d'identifier les sources de tensions au sein de l'institution ainsi que les groupes de salariés les plus exposés. Afin de pérenniser la démarche projet initiée par le diagnostic, un plan d'actions opérationnel est construit en concertation avec les acteurs énoncés ci-dessus. Différentes **ressources** peuvent alors être mobilisées au niveau institutionnel.

⁹¹ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008, p151

⁹² RAIMONDEAU Jacques .Cours Master 1 UE1 Ecue 1.2 Santé publique. Le 23/09/2015

⁹³ Cadre paramédical de pole et consultant expert en « management et prévention des risques psychosociaux ».

⁹⁴ Jean-Luc STANISLAS. Risque psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. novembre 2012 p20 à 29

⁹⁵ Op cité MACHADO Tony. La prévention des risques psychosociaux p199

Tout d'abord, en utilisant **une communication** de qualité lors :

- Des **transmissions orales**, temps d'échanges qui permettent aux soignants de se transmettre les éléments indispensables à une continuité de prise en charge de qualité souvent complexe au regard de la pathologie cancéreuse.
- Des « **staffs** » au cours desquels des cas cliniques complexes du service sont présentés. L'échange et l'écoute de chaque soignant permettra d'établir un projet de soins cohérent et partagé par toute l'équipe.
- Des « **réunions d'équipe** » permettant à tous les soignants du service d'obtenir les informations récentes du service et des différents groupes de travail institutionnel.
- Des **groupes de paroles** au sein des unités : afin de favoriser la communication, le groupe se réunit dans un lieu habituel. Il permet à chaque soignant qui le désire de s'exprimer librement « *sur le contenu de la tâche et de la valoriser afin de transformer ce qui pourrait être souffrance en plaisir* »⁹⁶. Ces groupes sont généralement animés par une psychologue. Il peut s'agir d'un groupe sur plusieurs séances avec les mêmes intervenants. Mais, en oncologie, il peut survenir des situations de crise notamment après une prise en charge complexe notamment palliative. La création d'un groupe de parole unique peut être nécessaire dans ce cas.
- Des **entretiens formels** avec le cadre comme par exemple lors de l'entretien annuel d'évaluation. Ce moment privilégié permet au soignant de verbaliser des difficultés, le cas échéant, mais également ses attentes, permettant de formuler des objectifs communs pour l'année suivante qui sera source de motivation. C'est également un moment où le cadre **reconnait** le travail effectué durant l'année écoulée.

Outre la communication, la manifestation d'une **présence de soutien** est aussi un facteur ressource. A l'occasion d'un travail de thèse⁹⁷, Caroline RUILIER, traduit deux types de soutien, l'aide tangible (informationnelle ou matérielle) et l'aide intangible (émotionnelle). Elle identifie également deux types de soutien complémentaires, celui horizontal par ses collègues et celui vertical venant du supérieur hiérarchique, présentés ci-dessous :

⁹⁶ Ibid p149

⁹⁷ RUILIER Caroline. Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier. Thèse de sciences économiques et de gestion. Université de rennes 1. 2008, p 97-98 disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00523398v2/document> (Consulté le 05/1/2015)

Le soutien des collègues	Le soutien de la hiérarchie
Le soutien émotionnel : verbalisation des sentiments positifs	Le soutien réceptif : disponibilité d'écoute
Le soutien d'estime : rassurance des compétences et valeurs	Le soutien d'initiative : degré d'autonomie accordé aux agents
Le soutien informel : apport de conseils, d'apport de connaissances à propos d'une situation difficile	Le soutien d'autorité : attentes du cadre par rapport au travail des agents, noter les efforts fournis
Le soutien instrumental ou matériel : apport concret d'une aide matérielle ou par la réalisation de tâches pour un collègue. Aide en temps ou en travail.	Le soutien instrumental ou matériel : proposition d'amélioration des conditions de travail ou actions pour favoriser la cohésion au sein de l'équipe

Le soutien du cadre est donc destiné à favoriser la cohésion d'équipe et l'autonomisation des agents.

Enfin la dernière ressource pouvant être utilisée, est l'opportunité de **développer les connaissances ou compétences** des soignants par :

- La mise en place au sein du service d'évaluations de pratiques professionnelles (EPP), de comités de retours d'expérience (CREX) ou de revues mortalité et de morbidité (RMM) qui permettront une **analyse collective** des situations avec des propositions d'actions pour une amélioration de la qualité des soins.
- La mise en place de **formations** : des formations sur la relation d'aide, les soins palliatifs ou toute autre formation permettant au soignant d'accroître ses compétences en lien avec les particularités de la prise en charge en oncologie que j'ai évoquée précédemment. Il peut également s'agir d'une formation au sein du service en faisant appel au médecin du service, un agent ayant une compétence spécifique au sein de l'institution ou à un laboratoire.

Concernant le dépistage, il existe plusieurs échelles de mesure. Celle qui me semble le plus adaptée pour l'évaluation du SEPS est le Maslach Burnout Inventory (MBI) ⁹⁸ (présentée en annexe 4) puisqu'elle appréhende le SEPS dans ses trois dimensions. La version originale destinée aux professions d'aide, dans laquelle se situe la spécialité

⁹⁸ COLOMBAT Philippe, ALTMEYER Antonia, RUSZNIEWSKI Martine. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Oncologie, volume 13, issue 12, décembre 2011, p 863

oncologique, comporte 22 items. Ils sont repartis en trois échelles correspondant aux dimensions du SEPS :

- 9 items pour le sentiment d'épuisement professionnel
- 5 items concernant la déshumanisation de la relation
- 8 items concernant l'accomplissement personnel

Chaque item est coté de 0 à 6. Le MBI est évalué selon des critères de fréquence et d'intensité. Le total permettra de situer le degré de burn out.

➤ La prévention tertiaire

Enfin, la prévention tertiaire a pour objectif de limiter les conséquences ainsi que le retour à l'emploi du soignant. Elle englobe « *la prise en charge et le traitement psychothérapeutique ou médical des personnes atteintes d'un burn out sévère, afin d'en stopper le processus et d'éviter l'évolution vers des maladies plus graves ou des incapacités* ». ⁹⁹ Elle s'effectue nécessairement par un professionnel disposant de connaissances en psychopathologie : médecin généraliste ou du travail, psychologue ou psychiatre. Ces derniers sont les seuls professionnels habilités à établir un diagnostic et à proposer un traitement adapté.

Ainsi, le syndrome d'épuisement est défini par un syndrome à trois dimensions comprenant un épuisement professionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et une diminution de l'accomplissement personnel. Au regard des nombreuses manifestations et des conséquences qu'il entraîne, la prévention individuelle ou collective est nécessaire. Le cadre de santé étant un des acteurs de la prévention, je présenterai donc son management.

2.5 Le management du cadre de santé

Au regard de la formation que je réalise et du thème du mémoire que j'ai choisi, il me semble important de définir le concept ainsi que les différents types de management actuels.

2.5.1 Définition

Il existe de nombreuses définitions du concept de management assez éloignées les unes des autres. La polysémie de ce terme permet d'y donner le sens que l'on souhaite. Le cadre de santé ne travaille pas seul mais au sein d'une équipe et d'un établissement. C'est pourquoi, j'ai choisi la définition suivante « *le management est le métier qui consiste à*

⁹⁹ Op cité ZAWIEJA Philippe. Le burn out p99

conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance »¹⁰⁰.

Différents courants de pensée se sont succédés dont celui des relations humaines présentant des notions à identifier dans le cadre de ma recherche.

2.5.2 L'école des relations humaines

A partir de 1920 apparaît l'école des Relations Humaines qui met en lumière les attentes relationnelles avec un management basé sur une gestion des ressources humaines.

Le sociologue George Elton MAYO mène l' « expérience Hawthorne ». Le management s'y inspire de la psychologie et l'auteur remarque que lorsque des groupes se sentent valorisés parce que l'on s'occupe d'eux, la productivité individuelle augmente. Le rôle du manager est redéfini en termes d'écoute et de conciliation plutôt que d'autorité.

Le psychologue Abraham MASLOW, quant à lui s'intéresse aux facteurs de motivation. Il a mis en lumière, l'importance de la satisfaction des cinq besoins qu'ils considèrent fondamentaux. Il les a hiérarchisés sous forme d'une pyramide qui constitue un modèle de motivation nécessaire au sein d'une équipe.



Schéma 3 : Pyramide d'Abraham MASLOW¹⁰¹ hiérarchisant les besoins humains

Cette théorie met en évidence l'impact du contenu du travail pour l'individu et montre qu'il n'y a pas que la motivation financière.

¹⁰⁰ ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. Le management dans le service public. Paris : Editions d'organisation, 2002. p10.

¹⁰¹ Pyramide de Maslow disponible sur http://semioscope.free.fr/article.php3?id_article=8
(Consulté le 03/02/2016)

Enfin le psychosociologue Kurt LEWIN étudie l'influence du style de leadership au sein de la dynamique de groupe. Il met en évidence trois styles : le leadership autoritaire, démocratique et permissif. Il établit que le **leadership démocratique** est plus productif que les deux autres. De plus, les membres du groupe deviennent plus autonomes grâce à une coopération et les tensions au sein du groupe sont faibles.

Le courant de pensée des Relations Humaines a donc pour but de motiver l'individu pour augmenter sa productivité. Les différents auteurs mettent en évidence que la valorisation de la personne permet d'augmenter la performance professionnelle. **La motivation, la valorisation et le développement de l'autonomie sont donc des leviers managériaux à déployer par le cadre de santé.**

2.5.3 Le management de proximité

Désormais, le cadre de santé se voit déléguer des fonctions inhérentes à celles de l'encadrement supérieur, en plus des fonctions d'encadrement de terrain qui lui sont dévolues. Il est « *très occupé sur le front de l'entretien et de l'alimentation des machines de gestion* »¹⁰². Au fil des années, ses tâches se sont diversifiées, il manage donc l'équipe en conséquence notamment par la responsabilisation de celle-ci. De plus, Il coordonne, soutien, accompagne tout en donnant de l'autonomie à chacun de ses membres. Walter HESBEEN, infirmier et docteur en santé publique, déclare que « *les professionnels qui, jour après jour, donnent des soins en étant ainsi confrontés à la complexité de chaque humain ont besoin de la présence d'un cadre de proximité afin d'être accompagnés, soutenus et encadrés pour ne pas courir le risque de se perdre, de se sentir livrés à eux-mêmes voire de s'épuiser dans cette relation de soin et les exigences qu'elle contient* ».¹⁰³ Mathieu DETCHESSAHAR¹⁰⁴, quant à lui, montre dans une recherche¹⁰⁵ qu'« *à rebours des représentations de sens commun, les salariés des organisations étudiées, loin de souffrir des excès ou de l'omniprésence de management, pâtissent à l'inverse de l'absence de management* ». Ainsi la présence du cadre est désirée par les membres de l'équipe. Il s'agit d'une proximité géographique mais également d'une proximité professionnelle signifiant le fait d'être conscient de leur travail réel.

¹⁰² DETCHESSAHAR Mathieu. Santé au travail, Revue française de gestion. Mai 2011 n°214 p98

¹⁰³ HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin. Paris : Elsevier Masson, 2011, p72

¹⁰⁴ Docteur en gestion, et professeur des universités

¹⁰⁵ Ibid. p89

Ces deux auteurs me confortent donc sur la nécessité d'un management de proximité par le cadre de santé. Mais cette proximité me semble difficile à maintenir, de nos jours, au regard des nombreuses injonctions institutionnelles imposées au cadre de santé. Henri MINTZBERG¹⁰⁶, précise que la fonction de cadre comporte dix rôles. Afin d'être un acteur dans la prévention du SEPS, le cadre de santé utilise différents rôles définis par cet auteur. Voici ceux qui me semblent prépondérants :

- Le rôle de « **leader** » : fonction majeure puisque « *l'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation. Dans son rôle de leader, le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera* »¹⁰⁷. Selon moi, un climat agréable au sein du service participe à une qualité de vie professionnelle. D'autant plus en oncologie, où le travail pluridisciplinaire est essentiel comme je l'ai précisé dans le sous chapitre intitulé « le travail en équipe ».
- Le rôle de « **diffuseur** » : où le cadre transmet « *des informations de l'extérieur vers son organisation d'une part, et d'autre part d'un subordonné à un autre à l'intérieur de son organisation* »¹⁰⁸. Cette diffusion est possible de par la qualité de l'accès à l'information que possède le cadre. La communication est essentielle dans une équipe notamment en amont d'un changement afin de ne pas générer de stress.
- Le rôle de « **répartiteur de ressources** » qui comprend, selon l'auteur « *l'argent, le temps, le matériel, l'équipement, la main d'œuvre* »¹⁰⁹. Ces moyens peuvent être donnés ou retirés, représentant ainsi des stressors (évoqués dans la sous partie les facteurs de stress). Cette répartition des moyens, par le cadre, impactera la prise en charge notamment en cas d'augmentation de dotation de matériels spécifiques ou de diminution de ressources en personnel.
- Le rôle d'« **observateur actif** »¹¹⁰ décrit comme suit : « *le cadre est en permanence en train de chercher et recevoir des informations qui lui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans son organisation et dans l'environnement. Il est en quête d'informations afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités...* ». Cela lui permettra de pouvoir réagir dès les prémices des tensions.

¹⁰⁶ Auteur d'ouvrages de management. Il est le principal représentant du courant de la sociologie des organisations appelé école de la contingence. Il est à l'origine d'une typologie des organisations. Elle permet d'appréhender d'une part les phénomènes de pouvoir et d'autre part la conduite du changement.

¹⁰⁷ MINTZBERG Henry. Les dix rôles du cadre. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2010, Sixième tirage, 283 p71

¹⁰⁸ Ibid. p82

¹⁰⁹ Ibid. p96

¹¹⁰ Ibid p78

L'observation active et attentive permettra donc une réactivité nécessaire afin d'atteindre le troisième niveau de prévention. Selon Jean-Luc STANISLAS « *le cadre de santé est un membre de l'organisation hospitalière ayant une lecture fine de l'activité et des préoccupations quotidiennes* »¹¹¹. Il faudra donc être vigilant face aux indicateurs liés au fonctionnement de l'unité tels que l'absentéisme ou les causes de départ du service. Le cadre pourra **orienter** le soignant vers le médecin du travail, son médecin traitant et le psychologue du travail.

Pour ce faire, une bonne connaissance du fonctionnement de son équipe « *à l'échelle groupale et individuelle dans le champ des relations interpersonnelles* »¹¹² est nécessaire.

Le cadre endosse donc différents rôles afin de prévenir le SEPS, mais quel type de management doit-il adopter ?

2.5.4 Les types de management

Le cadre de santé au sein d'un service d'oncologie manage une équipe. Selon Roger MUCCHIELLI « *l'appartenance (à l'équipe) de la part des membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal* »¹¹³. Une équipe ne se résume donc pas à la simple réunion de soignants qui travaillent ensemble. Il est nécessaire que chacun ait un sentiment d'appartenance à l'équipe. Le management du cadre doit favoriser **la cohésion**, élément indispensable pour un bon fonctionnement de l'équipe. Chaque membre de l'équipe, quel que soit sa fonction, est une ressource pour les autres. Je suis consciente que « *les compétences de chacun ne s'additionnent pas, elles se potentialisent au sein de l'équipe et se renforcent mutuellement* ». ¹¹⁴

Pour ce faire, différents types de management¹¹⁵ peuvent être utilisés par le cadre de santé :

- **Le management directif** : qui permet de structurer et d'organiser l'environnement de travail pour que les soignants soient efficaces. Le cadre donne des consignes vers des objectifs précis et suit leur progression. Ce dernier informe plus qu'il ne communique

¹¹¹ STANISLAS Jean-Luc. Risque psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. novembre 2012 p22

¹¹² Ibid p22

¹¹³ FORMARIER Monique, JOVIC Ljijana. Les concepts en sciences infirmières. ARSI, Mallet conseil, 2eme édition, 2012, p181

¹¹⁴ Ibid. p181

¹¹⁵ TISSIER Dominique. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, p41à65

et il prend les décisions seul. Style efficace dans les situations de crise, d'urgence ou pour le personnel peu expérimentés ou peu autonomes. C'est le cas lors de l'intégration de jeunes IDE où le cadre donnera des consignes concernant l'acquisition des pratiques prévalentes telles la perfusion sur chambre implantable¹¹⁶.

- **Le management persuasif ou explicatif** : il permet la mobilisation et l'adhésion du personnel en expliquant les décisions dont le cadre garde la maîtrise. Il écoute les avis et suggestions et les encourage à devenir autonomes. C'est le cas lors d'un changement. Par exemple, lors d'un changement de matériel (imposé par la direction), d'aiguille de Huber¹¹⁷. Les IDE ont leur habitude et n'aime souvent pas le changement. Le cadre devra donc expliquer l'intérêt, par exemple le fait que les nouvelles aiguilles soient désormais rétractables. Cela participe donc à une gestion des risques puisque que le nombre d'accident d'exposition sera moindre.
- **Le management participatif** : avec une dominante relationnelle c'est le plus apprécié des styles démocratiques. Il favorise l'implication du personnel dans les décisions ainsi que leur responsabilisation. La recherche de consensus et l'engagement des agents apportent de la stabilité. Il donne une marge de manœuvre aux soignants dans leurs tâches. Il permet de multiplier les occasions de travail en commun et ainsi de développer la réflexion collective. C'est le cas lors de groupe de travail au sein du service. En cas de non-consensus, le manager propose sa solution.
- **Le management délégué** : le cadre définit clairement les missions et les responsabilités puis laisse l'autonomie nécessaire aux collaborateurs qui deviennent ainsi acteurs. Cela développe la confiance en soi et favorise les échanges. Le cadre intervient ensuite uniquement quand cela est nécessaire ou à leur demande. Il est toujours dans l'évaluation permanente des compétences et de la motivation de ses agents, pour redonner la bonne direction si nécessaire. C'est le cas, lorsque le cadre nomme un agent référent dans un domaine par exemple celui de la douleur. Le soignant montera en compétence notamment en participant aux réunions du comité de lutte contre la douleur (CLUD). Lors de la restitution en équipe, l'agent sera valorisé. L'échange sera possible sur les nouveautés et la mise en œuvre au sein du service par chacun.

¹¹⁶ La chambre implantable appelée également PAC (Port à Cath) est un dispositif composé d'un petit boîtier, entièrement placé sous la peau. Ce dernier est relié à un cathéter placé dans une grosse veine profonde. A chaque perfusion, les médicaments (dont les chimiothérapies) sont injectés directement dans le PAC.

¹¹⁷ Aiguille utilisée pour perfuser sur chambre implantable.

Au vue de ces quatre modes de management, quel serait le type de management qui serait le plus adéquat à mettre en place pour le cadre de santé en oncologie?

2.5.5 Le management situationnel

Aucun style de management n'est a priori meilleur qu'un autre. Les situations sont différentes chaque jour : l'adaptation est donc nécessaire pour le cadre de santé. Afin d'être pertinent, il lui est indispensable d'acquérir de la souplesse de comportement et de la réactivité.

Selon Dominique TISSIER, le management situationnel est « *un ensemble d'outils efficaces pour aider le manager à adopter son mode de management aux situations qu'il rencontre en utilisant comme indicateur de base l'autonomie des individus et des équipes avec lesquels il est en relation* »¹¹⁸. Manager efficacement consisterait donc à adopter des modes variés en fonction des situations rencontrées. En particulier, il s'agit de tenir compte de l'autonomie professionnelle des personnes et des groupes. L'objectif du cadre consiste donc à accroître progressivement le niveau de maturité de ses collaborateurs afin de développer leur autonomie dans le travail. Sa posture n'est jamais fixe et il doit sans cesse instaurer un développement de la motivation de ses partenaires. Pour ce faire, le cadre doit sans cesse adapter son style de management en fonction de chaque soignant et du contexte. Il utilise donc un management directif, persuasif, délégatif ou participatif en fonction des situations et ne s'enferme donc pas dans un mode unique. « *Il devient alors possible d'envisager pour un manager d'adapter son style en fonction de ce qu'il perçoit de la situation alors même que son caractère et ses goûts personnels l'inclineraient plutôt vers d'autres comportements* »¹¹⁹. Il doit développer et maintenir une gestion responsabilisée des équipes qui repose sur le dialogue, l'écoute et l'observation.

Afin d'utiliser les différents types de management comment le cadre peut-il se positionner et quelle posture doit il adopter?

¹¹⁸ TISSIER Dominique. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, p18

¹¹⁹ Ibid. p18

2.5.6 La posture du cadre de santé

Afin de répondre à cette interrogation, je définirai, tout d'abord, le **positionnement** professionnel. Selon Claire JOUFFRAY, formatrice consultante, il s'agit d'un « *processus de construction qui permet de se positionner mais aussi d'être positionné dans un environnement défini. Il permet de dire notre position, où on est (dans l'espace et dans l'environnement) « par rapport à....* »¹²⁰. Le cadre de santé se positionne de manière hiérarchique par rapport aux soignants de l'équipe.

La posture définit, quant à elle, « *une manière d'habiter un positionnement* »¹²¹. Il s'agit de la manière dont le positionnement est agi dans l'interaction avec d'autres soignants. La posture peut donc être différente en fonction des situations. Le cadre ne se situe plus « par rapport à. » mais « avec », dans l'interaction. Effectivement, la posture du cadre sera différente selon qu'il s'adresse à une jeune diplômée désarmée face au choc entraîné par l'annonce du cancer ou bien à un patient et avec une infirmière « confirmée » qui se plaindra de la prise en soins de deux patients en soins palliatifs en simultanée dans son secteur. « *La posture définit la manière de s'acquitter de sa fonction (ou de tenir son poste). C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique. La posture d'accompagnement suppose ajustement et adaptation à la singularité de chacun, accueilli en tant que personne. Elle suppose une compétence à passer d'un registre à un autre. [...]. Par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui*». ¹²²

Au vue des différentes situations rencontrées en oncologie, il me semble indispensable pour le cadre d'**adapter sa posture**. Mon enquête de terrain me permettra de confirmer ou d'infirmer mon opinion.

Les recherches effectuées lors de l'élaboration de ce cadre conceptuel me permettent désormais de cerner les différents concepts choisis : le travail, les RPS, le stress, l'épuisement professionnel et le management du cadre de santé. Mon cheminement a ainsi évolué de même que ma problématique que je vous présente.

¹²⁰ JOUFFRAY Claire. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social. Disponible sur http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf (Consulté le 19/02/2016)

¹²¹ Ibid.

¹²² Ibid.

2.6 Problématique et hypothèse

Nous avons pu voir que le stress s'inscrit dans la relation que le soignant entretient avec son environnement. Il se développe quand les **exigences professionnelles sont élevées** et les **ressources professionnelles limitées**. La tension est à risque lorsque la situation associe une forte demande psychologique et une faible latitude décisionnelle. Elle est accentuée en cas d'absence ou d'un faible soutien social. C'est le cas en oncologie de par la complexité des situations et la charge mentale importante. Lorsque les stratégies d'adaptation ne sont pas ou plus efficaces, le stress chronique apparaît insidieusement. Survient ensuite la genèse du SEPS avec son trépied : épuisement émotionnel, déshumanisation de la relation à l'autre et diminution de l'accomplissement personnel. La présence d'un SEPS chez un soignant ne permet pas de garantir une efficacité et une qualité des soins.

Le cadre de santé d'un service d'oncologie en tant que garant de la qualité et de la sécurité des soins au sein de son unité se doit d'en tenir compte. Le **bien-être au travail est donc une mission à part entière de son management**. A ce jour, l'épuisement professionnel n'est pas défini comme une maladie. Les difficultés de diagnostic sont nombreuses malgré les répercussions importantes au niveau individuel, institutionnel et sociétal. Les lectures montrent qu'une fois installée la prise en charge du burn out peut « *s'avérer long, difficile, décourageant et conduisant souvent au niveau personnel à une remise en question profonde qui s'accompagne parfois d'un changement de travail, voire d'un changement d'entreprise* »¹²³. Il est à noter que le troisième plan santé au travail 2016-2020¹²⁴ a renforcé une volonté de prévention puisque le premier des dix axes stratégiques s'intitule « prévenir plutôt que réparer ».

La prévention est donc une nécessité et un enjeu majeur pour le cadre. D'autant plus au sein des services d'oncologie puisqu'une enquête française a montré que « *les soignants des services d'oncohématologie sont très souvent en souffrance* »¹²⁵.

Les facteurs de risque du SEPS tels que le manque de soutien ou la confrontation à la mort sont multiples : dus à l'organisation, aux conditions de travail et/ou à l'environnement. Le

¹²³ DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1^{ere} édition, 2011, p18

¹²⁴<http://www.chorum-cides.fr/actualite/le-troisieme-plan-sante-au-travail-veut-installer-une-culture-de-la-prevention/>
(Consulté le 18/03/2016)

¹²⁵ COLOMBAT Philippe. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. Psycho-Oncologie, juin 2011, volume 5, issue 2, p85

burn out est un phénomène psychique qui survient en réaction à une situation stressante et à un environnement stressant. Tout individu maintient son équilibre en puisant dans ses ressources. Mais si ces dernières sont en déséquilibre, alors le burn out peut apparaître.

Le cadre de santé tente donc de fournir au soignant des ressources lui permettant de réduire ces facteurs de risque. Le cadre peut utiliser plusieurs types de management et adopter différentes postures. Quelle serait la plus adaptée, au sein d'un service d'oncologie, afin d'apporter ces ressources nécessaires?

La question de départ était la suivante :

Quelles stratégies managériales le cadre de santé peut-il déployer dans la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie ?

A l'issue de mon cheminement, la question de recherche serait désormais la suivante :

Quelle posture managériale le cadre de santé peut-il employer dans la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie ?

Selon Walter HESBEEN¹²⁶ : «*le management relève de ce souci du ménagement, la fonction du manager peut être définie comme suit : **Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin*** »¹²⁷. Le cadre de santé de proximité doit donc veiller en fonction des situations à ce que les soignants soient bien de manière individuelle et collective pour aller loin ensemble.

Au regard des réflexions précédentes et du cadre conceptuel, mon hypothèse est la suivante :

En adaptant sa posture aux situations rencontrées en oncologie, le cadre de santé peut contribuer à prévenir le SEPS des soignants.

Je vais maintenant me tourner vers les professionnels afin de recueillir leurs opinions personnelles sur le terrain et les confronter ainsi à l'approche théorique. Je tenterai ainsi de répondre à certaines de mes interrogations et notamment celle de la problématique choisie.

¹²⁶ Infirmier et docteur en santé publique

¹²⁷ Ibid HESBEEN Walter p116

3 L'enquête de terrain

L'enquête de terrain a pour finalité de confirmer ou d'infirmer mon hypothèse de recherche. Pour ce faire, dans un premier temps, je présenterai la méthodologie choisie. Puis, je réaliserai une analyse qualitative et quantitative des données ainsi recueillies. Enfin, je proposerai une synthèse.

3.1 La méthodologie de l'enquête

Un échange avec mon directeur de mémoire m'a décidée à choisir des outils d'enquête différents en fonction de la population que je désirais cibler. Tout d'abord, je présenterai le choix du terrain d'enquête puisqu'il est le même pour ces deux outils. Puis, j'exposerai les outils utilisés : l'entretien et le questionnaire.

3.1.1 Le choix du terrain d'enquête

Au regard de mon travail de recherche, il était indispensable d'effectuer cette enquête au sein de services d'oncologie. Lors d'un stage effectué au cours de ma formation à l'IFCS, dans une structure francilienne, j'ai appris qu'il y avait un pôle de cancérologie-hématologie au sein de ce centre hospitalier. Il s'agit d'un établissement public dans lequel j'ai alors choisi d'effectuer une partie de mon enquête de terrain. Afin de varier le type d'établissement, je désirais également choisir un établissement privé. Mon choix s'est porté sur un centre de lutte contre le cancer (CLCC) composé, par définition, uniquement de services d'oncologie ou d'hématologie. Ces deux établissements sont situés dans Paris intra-muros et en banlieue parisienne. J'ai donc écrit à la direction des soins de ces deux établissements afin d'obtenir des autorisations. Parmi les contacts proposés, j'ai exclu les services de cancérologie présentant des spécificités telles que les urgences ou la réanimation qui auraient pu constituer un biais. Puis, j'ai fixé des rendez-vous par téléphone avec les contacts obtenus.

3.1.2 L'entretien

Tout d'abord, je préciserai le choix de cet outil d'enquête ainsi que la population étudiée. Puis, je présenterai le guide d'entretien ainsi que son déroulement.

➤ Le choix de l'entretien

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif afin d'enquêter auprès des cadres de santé. Il s'agit d'un outil dont les principes m'ont été présentés à l'IFCS. Ils sont également présentés

dans l'ouvrage d'Alain BLANCHET¹²⁸ et Anne GOTMAN¹²⁹ qui précise que l'entretien a « pour fonction de compléter les pistes de travail suggérées par les lectures préalables et de mettre en lumière les aspects du phénomène auquel le lecteur ne peut penser spontanément »¹³⁰. Suite à mon cadre conceptuel, les entretiens ont donc constitué une approche qualitative me permettant de recueillir des avis des cadres de santé sur mon thème de recherche.

➤ La population étudiée

Il s'agit de quatre cadres de santé exerçant dans quatre services d'oncologie différents. De plus, j'ai trouvé intéressant d'avoir l'opinion de professionnels experts. C'est pourquoi, j'ai sollicité des entretiens auprès d'un médecin du travail et d'une psychologue du travail.

➤ Le guide d'entretien et le déroulement des entretiens

Afin de mener mon enquête, j'ai élaboré, au préalable un guide d'entretien. Celui destiné aux cadres de santé et validé par mon directeur de mémoire est présenté en annexe 5. Le guide d'entretien pour le médecin du travail est présenté en annexe 6 et celui de la psychologue du travail quant à lui en annexe 7. Ces deux derniers guides sont assez similaires à celui utilisé pour les cadres de santé avec plusieurs questions supplémentaires. Ils s'appuient sur le cadre théorique défini précédemment ainsi que sur l'expérience de deux entretiens exploratoires m'ayant permis de réajuster mon guide d'entretien. Selon Alain BLANCHET et Anne GOTMAN « *tout entretien de recherche débute par une consigne inaugurale ; celle-ci doit être claire, non contradictoire avec le contrat initial* »¹³¹. J'ai donc débuté la grille d'entretien par une « *consigne inaugurale* » énoncée en préambule de chaque entretien constituée de ma présentation personnelle et du rappel du cadre de l'entretien. Cela m'a permis de ne rien oublier de la consigne initiale. Puis, j'ai établi un talon sociologique qui m'a permis de situer les cadres de santé et experts interviewés au niveau de leur âge et de leur ancienneté (au sein du service et en oncologie), éléments nécessaires à mon analyse.

Ensuite, j'ai établi des questions réparties en trois thèmes : les connaissances sur les RPS et spécifiquement sur le SEPS en oncologie, les ressources disponibles et le rôle du cadre de santé dans la prévention du SEPS.

¹²⁸ Professeur en psychologie

¹²⁹ Sociologue

¹³⁰ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, p39.

¹³¹ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, p78

Il s'agit de neuf questions ouvertes afin de permettre aux cadres de santé de répondre en fonction de leurs connaissances et leur expérience professionnelle sur le thème de recherche. Les questions posées ont pour but d'objectiver la posture du cadre de santé permettant la prévention du SEPS en oncologie. Elles ont toutes été posées et cela dans un ordre différent plusieurs fois. Effectivement, je me suis adaptée à mon interlocuteur en le laissant s'exprimer. Selon les auteurs précédents cités : « *la relance constitue l'intervention type de l'entretien de recherche parce qu'elle donne à l'interviewé la possibilité de rétroagir sur son propre discours, et l'amène soit à développer le fragment de discours mis en question indirectement par la relance, soit à expliquer davantage sa pensée* »¹³². Pour ce faire, j'ai effectué une prise de note succincte afin de noter les mots clés qui m'ont permis de reformuler certains propos me permettant ainsi de relancer les interviewés. Les questions de relance formalisées sur la grille d'entretien n'ont pas été nécessaires car elles ont été développées de manière spontanée par les interviewés.

Il s'agissait des premiers entretiens formalisés que je menais. L'ouvrage de la sociologue Romy SAUVAYRE m'a permis de préciser la posture nécessaire à un enquêteur afin d'obtenir le recueil d'un discours fiable. Selon elle, la notion de « *neutralité bienveillante* »¹³³ permet que « *la confiance de l'enquête progresse à mesure qu'il [l'interviewé] ne lit aucun jugement sur votre visage : il se livre alors plus volontiers, sans freins et sans crainte. Vous obtenez ainsi un discours plus complet et plus fiable* »¹³⁴. J'ai donc maintenu une posture de neutralité bienveillante au cours des six entretiens que j'ai menés notamment en étant attentive à ma communication non verbale.

Les six entretiens, d'une durée de 30 à 55 minutes, se sont déroulés dans le bureau des interviewés concernés, porte fermée, sur 5 jours. Nous n'avons pas été interrompus pour quatre entretiens. Mais concernant les deux autres, les sollicitations physiques et/ou téléphoniques ont été fréquentes.

3.1.3 Le questionnaire

Tout d'abord, je préciserai le choix de cet outil d'enquête et la population étudiée. Puis, je présenterai l'élaboration de ce questionnaire ainsi que la réalisation de l'enquête.

➤ Le choix du questionnaire

Selon le sociologue François DE SINGLY « *le questionnaire doit être choisi si on se situe dans le cadre d'une sociologie explicative, à la recherche des raisons objectives des*

¹³² Ibid. p79

¹³³ SAUVAYRE Romy. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris : Dunod, 2013, p61

¹³⁴ Ibid. p61

actions ». ¹³⁵ Il ajoute que le questionnaire « *est conseillé pour les recherches sur la causalité* », raison pour laquelle j'ai choisi d'utiliser le questionnaire pour enquêter auprès des soignants.

➤ La population étudiée

Il s'agit d'un échantillon de douze soignants (six infirmières et six aides-soignantes) appartenant à la population de référence : des soignants des services d'oncologie. Ils sont issus de quatre services différents.

➤ L'élaboration du questionnaire

J'ai choisi de débiter ce questionnaire par un talon sociologique me permettant de définir la population étudiée. Puis, j'ai élaboré des questions me semblant pertinentes au vu de mon thème de recherche et de mon hypothèse, reprenant les mêmes thèmes ciblés pour mon entretien afin que l'analyse puisse permettre de croiser les deux outils de manière pertinente. Selon François DE SINGLY « *il est facile de faire des questions, il est plus difficile de décider si elles sont pertinentes ou non* ». ¹³⁶ Il précise de plus : « *le besoin de poser plusieurs questions pour approcher une notion* » ¹³⁷. J'ai donc conçu un questionnaire, présenté en annexe 8, comportant 20 questions.

Les questions **fermées** sont au nombre de deux ; « *Les questions fermées sont celles où les personnes interrogées doivent choisir entre des réponses déjà formulées à l'avance (...) [elles] ont un avantage certain, elles coutent moins chères, le codage étant fixé à l'avance et l'enquêteur pouvant coder pendant la passation les réponses* ». ¹³⁸

Puis j'ai élaboré neuf questions **ouvertes**, « *Les questions ouvertes sont celles ou, au contraire, les personnes interrogées sont libres de répondre comme elles veulent* » ¹³⁹. Elles permettent donc d'obtenir des renseignements riches mais elles « *demandent de procéder à un inventaire des réponses avant la construction du code* » ¹⁴⁰.

Enfin, les questions **mixtes** sont au nombre de neuf. Je les ai utilisés lorsque je souhaitais proposer une liste de réponses associée à une possibilité de répondre librement à la question. J'ai donc ajouté la case « autres () » dans ce cas. Pour les questions fermées et mixtes j'ai précisé à chaque soignant interrogé, lors de la remise du questionnaire, que plusieurs réponses pouvaient être cochées hormis pour la question 4 (cela est spécifié au niveau de la question).

¹³⁵ DE SINGLY François. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Armand Colin, Collection128, 2012, 3eme édition, p17

¹³⁶ Ibid. p20

¹³⁷ Ibid. p25

¹³⁸ Ibid. p65

¹³⁹ Ibid. p65

¹⁴⁰ Ibid. p65

Puis, j'ai testé ce questionnaire sur quatre infirmières et deux aides-soignantes ce qui m'a permis de réajuster les incompréhensions relevées.

➤ **La réalisation de l'enquête**

Avant chaque entretien prévu avec un cadre de santé, ce dernier étant prévenu de mon procédé, je me présentais à l'équipe et je leur remettais en mains propres un questionnaire. J'ai précisé, au dos de celui-ci, le sexe du professionnel ainsi que le type d'établissement avant de le remettre. A la fin de l'entretien, j'ai récupéré les questionnaires déjà remplis. Puis, je suis revenue dans l'après-midi ou le lendemain pour les questionnaires restants. J'ai ainsi distribué trente questionnaires. Mon directeur de mémoire ayant validé le nombre de questionnaire à douze, j'ai tenu compte des douze premiers questionnaires réceptionnés et remplis entièrement (six AS et six IDE).

3.2 L'analyse des questionnaires

Dans un premier temps je présenterai le talon identitaire des soignants questionnés. Puis, dans un second temps, j'analyserai les données issues des questionnaires dans un ordre qui me semble plus opportun que lors de son élaboration.

3.2.1 L'identification de la population

J'ai présenté les caractéristiques des douze soignants questionnés en annexe 9.

➤ **Qui sont les aides-soignant(e)s interrogé(e)s ?**

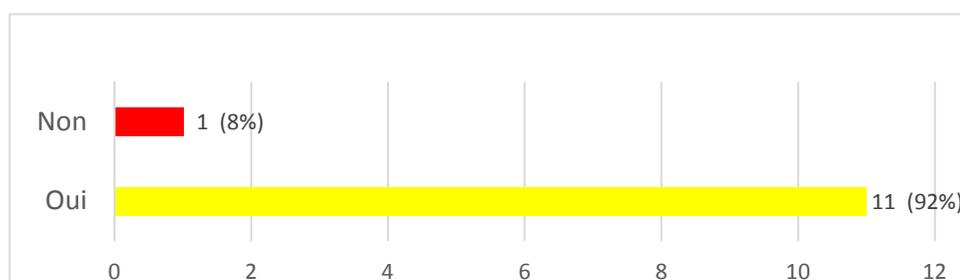
Il s'agit majoritairement de femmes : 5 femmes pour 1 homme. 3 d'entre eux exercent dans le secteur public et 3 dans le secteur privé (CLCC). Leurs âges se situent entre 27 et 43 ans, deux tranches d'âge pouvant être mise en évidence, 4 aides-soignant(e)s sont âgés de 27 à 34 ans alors que 2 aides-soignant(e)s ont 42 et 43 ans. L'ancienneté dans la profession mais également l'ancienneté en oncologie sont très variables puisqu'elles vont de 7 mois à 23 ans. Pour 5 de ces AS, il s'agit de leur premier poste en oncologie et également de leur première expérience professionnelle pour 3 d'entre eux.

➤ **Qui sont les infirmier(e)s interrogé(e)s ?**

Il s'agit de 6 femmes. 3 d'entre elles travaillent au sein du secteur public et 3 du secteur privé (CLCC). Leurs âges se situent entre 24 et 52 ans. Deux tranches d'âge sont également présentes : dans la première des 24 - 33 ans, se trouve 5 IDE et dans la deuxième 1 IDE de 52 ans. L'ancienneté professionnelle et oncologique sont très variables : de 1,5 à 20 ans et 4 IDE ont une expérience professionnelle uniquement en oncologie.

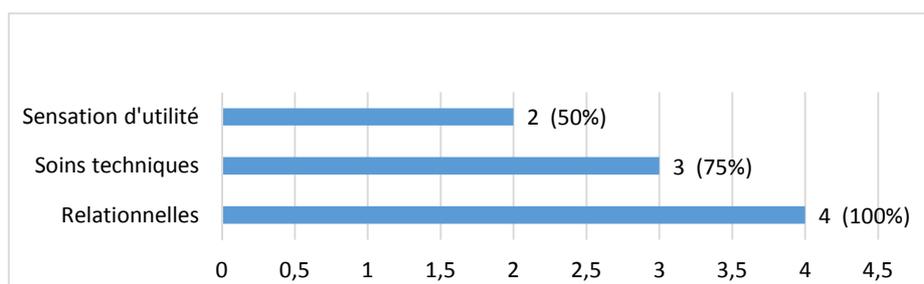
3.2.2 L'analyse des résultats des questionnaires

La **question 1** montre que les soignants ont majoritairement choisis leur service d'affectation puisqu'ils sont 92% à avoir répondu par l'affirmative. Concernant l'AS 2 ayant répondu par la négative, elle a tout de même choisi de travailler en oncologie puisqu'elle exerce dans un CLCC. Je peux donc affirmer que la totalité des 12 soignants a choisi d'exercer en cancérologie.



Graphique 1 : Choix de l'affectation du service (n¹⁴¹=12)

Par contre, les motivations sont peu précisées : uniquement 4 soignants (3 IDE et 1 AS) ont répondu à cette partie de la question 1. La raison unanime des 4 répondants réside dans l'aspect relationnel avec le patient. Cette relation soignant/soigné¹⁴² singulière est évoquée dans le cadre théorique ainsi que l'exercice de soins techniques spécifiques évoqués par 75% des soignants. Le sentiment d'utilité¹⁴³ est cité par 50% des répondants.



Graphique 2 : Choix de la spécialité oncologique (n=4)

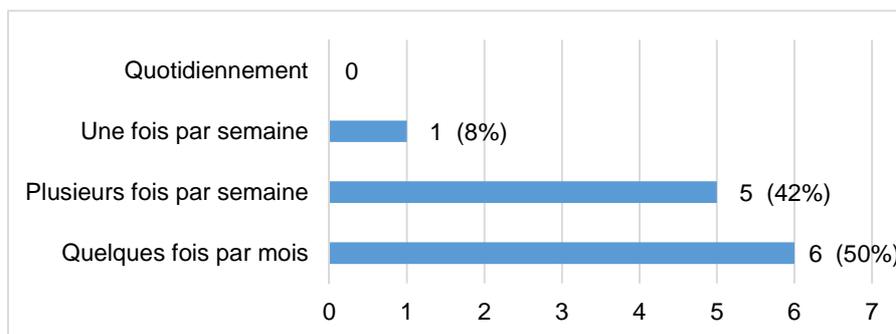
A la **question 2**, uniquement 2 soignants (1AS et 1 IDE) sur les 12 estiment ne pas rencontrer de difficultés mais ils ont tout de même répondu à la question 4. Peut-être aurais je dû préciser ce que j'entendais par « difficultés » lors de l'élaboration du questionnaire.

J'observe à la **question 4** que pour 11 soignants soit 92%, la survenue de difficultés n'est pas fréquente (plusieurs fois par semaine ou par mois), alors que pour 1 soignant (AS4) la fréquence est d'une fois par semaine.

¹⁴¹ n correspond à l'effectif

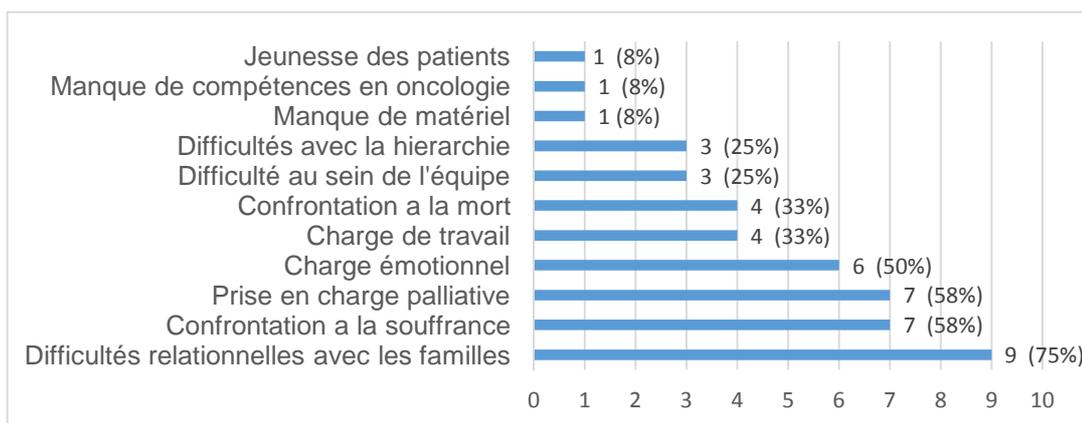
¹⁴² Voir le sous chapitre 2.1.5 intitulé « le travail en oncologie » p12à15

¹⁴³ Voir le sous-chapitre 2.1.1 intitulé « définition » (du travail) p9



Graphique 3 : Fréquence de survenue des difficultés (n=12)

Concernant la **question 3**, la difficulté majoritaire est constituée par l'aspect relationnel avec les familles pour 75% des soignants (5AS et 4 IDE) suivi de près avec 58% par la prise en charge palliative (4 IDE et 3 AS) et la confrontation à la souffrance (4 AS et 3 IDE). L'item « manque de compétences en oncologie » a été coché par l'IDE 4 en précisant « trachéotomie ». Exerçant au sein d'un service de médecine et non de chirurgie, elle ne doit pas souvent prendre en soin de patients trachéotomisées d'où sa difficulté. Par ailleurs, un item a été ajouté par l'AS 4, il s'agit de la jeunesse des patients. Ce soignant est jeune (agé de 27 ans) avec une expérience professionnelle en oncologie de 1 an. La vigilance est donc de mise puisque « *l'âge (du soignant) est un facteur de vulnérabilité* »¹⁴⁴ et dans ce cas, c'est le mécanisme de défense nommé « *identification projective* »¹⁴⁵ qui est évoqué car « *ce qui se dégage de manière prioritaire dans la pratique clinique des soignants, c'est le fait que ces derniers sont victimes d'identification au malade. Parfois sans y faire attention ou par effet de surprise.* »¹⁴⁶ Enfin, je note que 2 items proposés (manque de personnel et absentéisme) n'ont été choisis par aucun soignant.



Graphique 4 : Les types de difficultés (n=12)

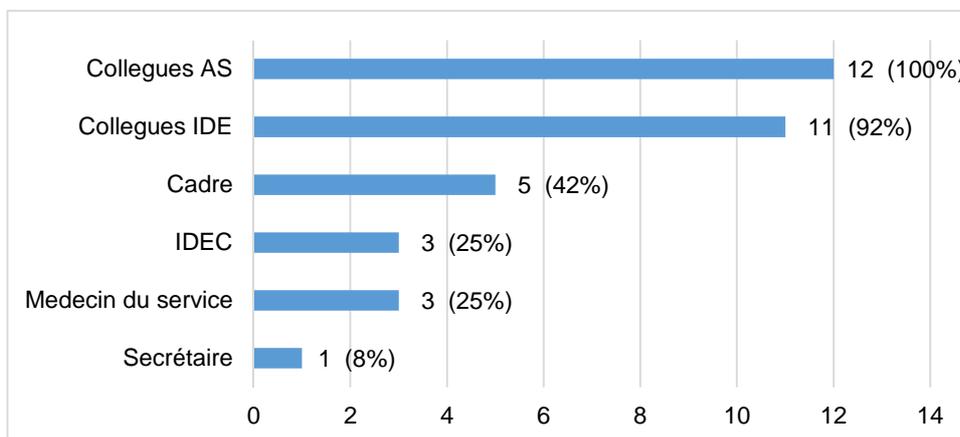
L'identification des difficultés des soignants permet aux cadres d'avoir des leviers d'action.

¹⁴⁴ Op cit CANOUI Pierre, MAURANGES Aline p63

¹⁴⁵ Voir la deuxième partie 2.1.5 intitulée « le travail en oncologie » p14

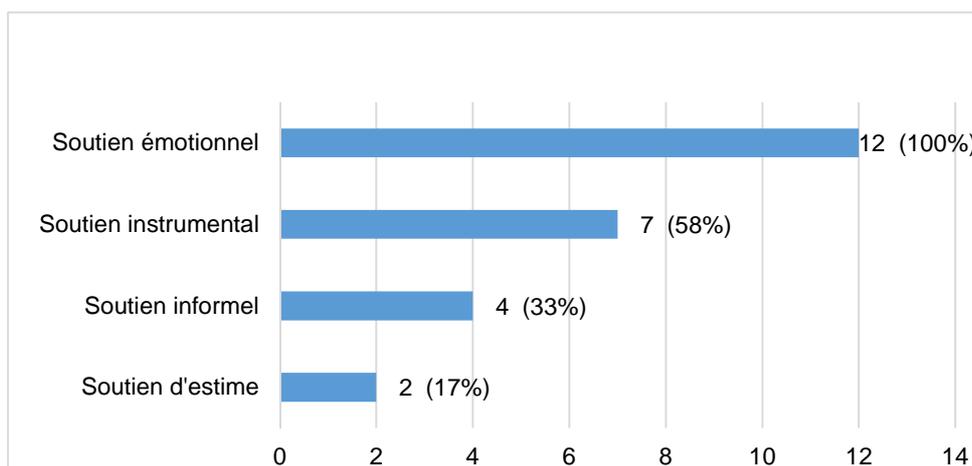
¹⁴⁶ Op cité COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RUSZNIEWSKI Martine p 847

La question 5 démontre que la notion d'équipe est très présente au sein des services d'oncologie puisque sur les 12 soignants interrogés concernant leurs personnes ressources, 12 parlent de leur difficultés à leurs collègues AS et 11 d'entre eux à leurs collègues IDE. Le cadre est cité pour 42% d'entre eux (3 IDE et 2 AS) alors que le médecin l'est pour 33% (3 IDE). L'AS 1 a ajouté la secrétaire en personne ressource. L'IDEC¹⁴⁷ a été ajouté par 3 des 6 soignants exerçant en CLCC.



Graphique 5 : Les personnes ressources (n=12)

La question 6 montre que 100% des soignants ont le sentiment d'être soutenus. Afin de préciser les types de soutien réalisés par les collègues, j'ai classé les réponses obtenues selon ceux présentés par Caroline RUILIER¹⁴⁸.



Graphique 6 : Les types de soutien des collègues (n=12)

¹⁴⁷ IDEC : Infirmière de coordination. Une IDEC est présente au sein de chaque service de soins au sein de ce CLCC

¹⁴⁸ Voir le soutien situé dans la deuxième partie 2.4.7 intitulée « la prévention du SEPS » p38

La notion d'écoute est très présente puisque pour 100% des 12 soignants il s'agit d'un soutien émotionnel apportant du réconfort et pour 58% il s'agit d'un soutien matériel (ou instrumental) qui se caractérise par l'apport concret d'une aide.

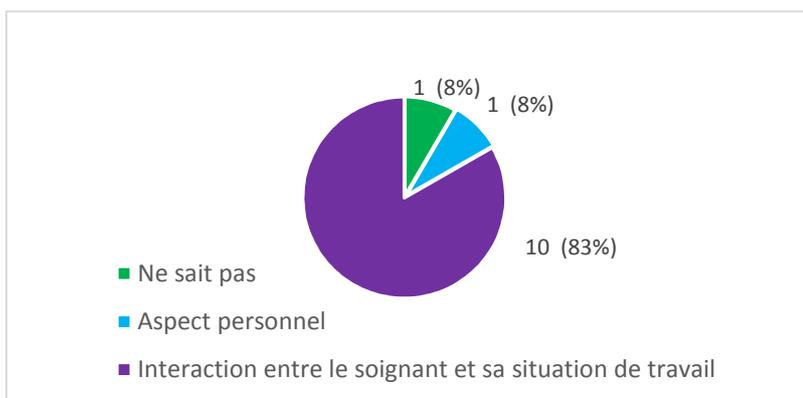
En ce qui concerne, le soutien hiérarchique, il est caractérisé à 100% par un soutien réceptif par les 5 soignants exprimant être soutenus par le cadre. Il est caractérisé par l'« *attention que le manager prête à ses collaborateurs ainsi que sa disponibilité d'écoute* »¹⁴⁹. Ce soutien est uniquement évoqué par 5 soignants sur 12 soit 42%, je me questionne donc sur la présence d'autres formes de soutien du cadre ou sur le fait que les soignants ne s'en rendent pas compte.

Question 12 : les 9 soignants ayant répondu par l'affirmative concernant l'existence d'un groupe de parole précisent qu'ils y assistent et cela une fois par mois. Par contre, uniquement 3 d'entre eux en précisent la raison. Pour ces 3 professionnels, il s'agit de verbaliser les difficultés rencontrées. L'IDE 6 stipule que ce groupe intitulé « réflexion clinique » lui permet de savoir « *si j'ai bien fait et si j'aurais pu faire autrement que ça me serve pour une prochaine fois* ». Il s'agit donc pour elle d'un « *temps de controverse* »¹⁵⁰ évoqué par Yves CLOT.

Concernant les 3 soignants ayant répondu par la négative (les 3 soignants du service de chirurgie) ; ils ont précisé qu'ils n'en ressentaient pas le besoin car ils avaient déjà des moments pour s'exprimer, l'IDE3 donnant l'exemple des staffs. L'AS 3, quant à elle, précise que la cadre de santé instaure une réunion en cas de « crise ».

Cette notion de crise évoque-t-elle la présence de tensions ou de RPS ? Voyons maintenant, pour répondre à cette question les représentations données par les soignants.

Question 13 :



Graphique 7 : Définition des RPS (n=12)

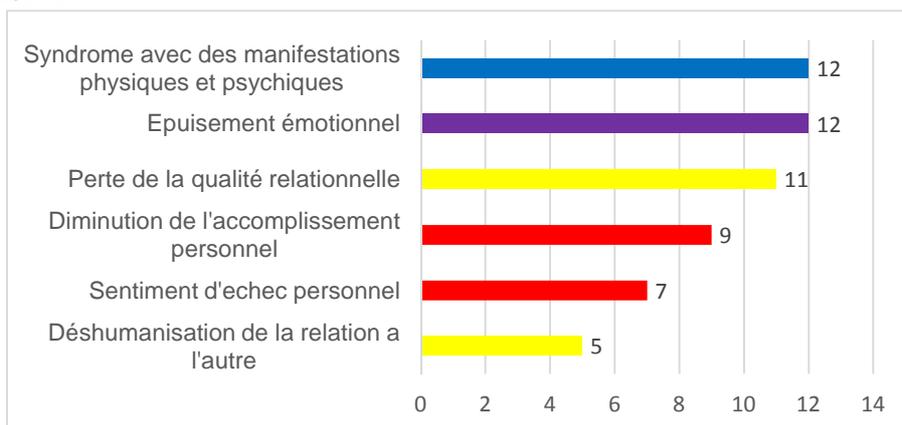
¹⁴⁹ Op cité RUIILLIER Caroline p98

¹⁵⁰ Voir le sous chapitre 2.1.3 « La psychopathologie du travail » p11.

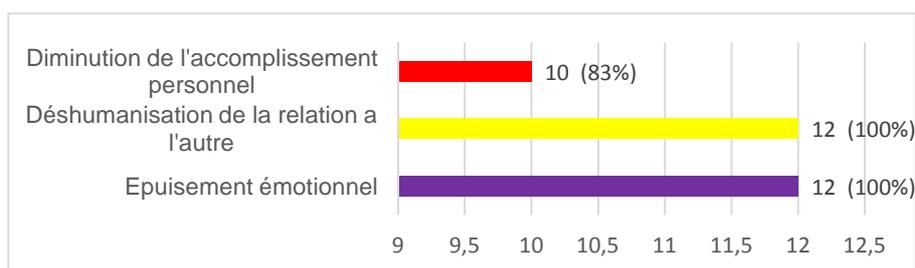
Concernant la définition des RPS, 1 soignant a notifié qu'il ne savait pas. Les 11 autres ont noté des définitions personnelles comprenant pour 1 soignant des risques dûs uniquement à la situation personnelle du soignant alors que pour 10 d'entre eux soit 83% des répondants, la définition est similaire à celle donnée par le Ministère du Travail¹⁵¹.

9 de ces 10 soignants ont également donné plusieurs exemples de RPS. Ils ont cités 3 RPS majeurs : burn out (pour 9), stress (pour 6 soignants) et harcèlement (pour 3).

La question 14



Graphique 8 : Les dimensions du SEPS (n=12)



Graphique 9 : Les trois dimensions du SEPS (n=12)

Le graphique 8 permet de situer les réponses des soignants concernant le SEPS. Je les ai regroupées sur le graphique 9, en utilisant le même code couleur, selon les trois dimensions du SEPS définies par Christina MASLACH¹⁵². J' y observe que la totalité des soignants a saisi la notion multifactorielle du SEPS puisque pour 100% d'entre eux 2 dimensions apparaissent : la « deshumanisation de la relation à l'autre » et l'« épuisement émotionnel ».

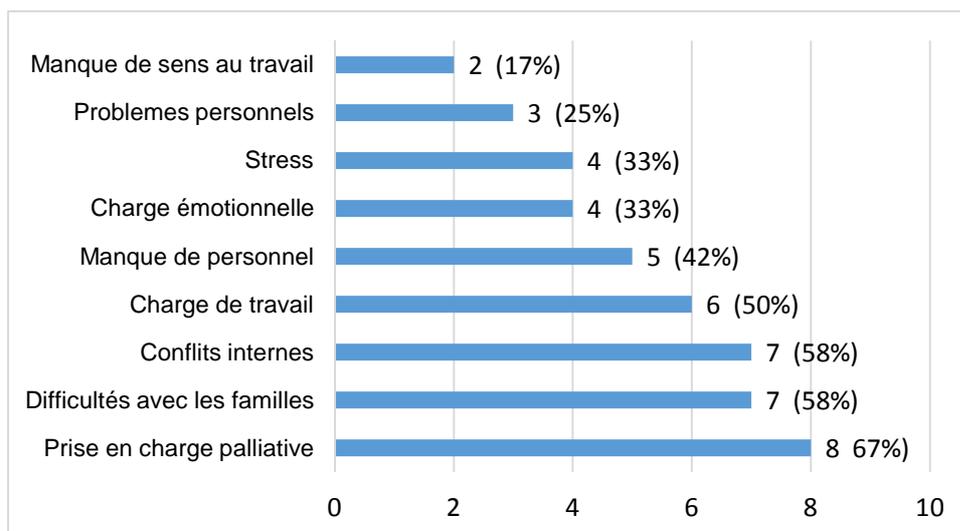
De plus, 83% des soignants ajoutent la « diminution de l'accomplissement personnel » et définissent ainsi le SEPS par l'existence de ces trois dimensions.

La plupart des soignants savent donc définir les RPS et les dimensions du SEPS mais en connaissent ils des facteurs de risque ? Notamment en oncologie ?

¹⁵¹ Voir le sous chapitre 2.2.1 « définition » p16

¹⁵² Voir le sous chapitre 2.4.3 intitulé « la description du syndrome » p30

Question 16 :



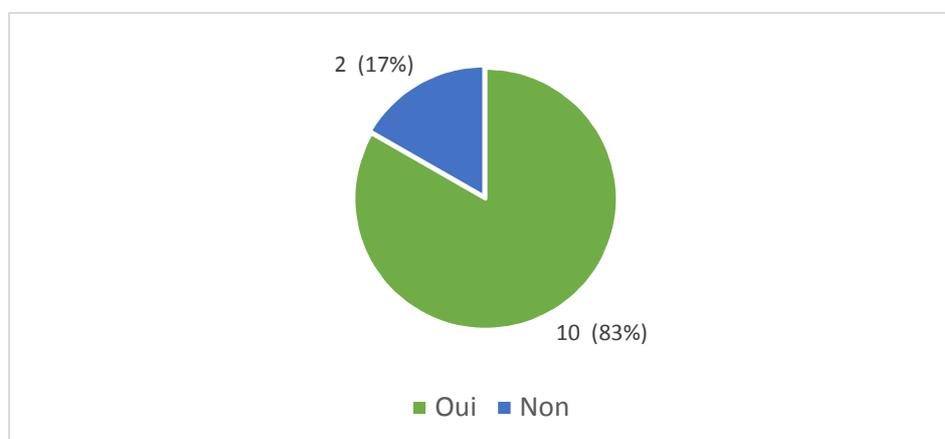
Graphique 10 : Les facteurs de risque (n=12)

3 soignants citent des problèmes personnels. Les autres facteurs avancés sont uniquement professionnels. Celui cité majoritairement est la prise en charge palliative (pour 8 soignants sur 12). Les autres facteurs principaux sont avec 58% les difficultés avec les familles , les conflits internes(58%) ainsi que la charge de travail pour 50% d'entre eux.

Hormis les conflits qui sont non spécifiques de l'oncologie, les 3 autres sont typiques de cette discipline.

Question 15 :

Seuls 2 soignants sur 12 ont affirmé avoir déjà été touchés par un SEPS. Les deux ont défini le SEPS par ses 3 dimensions à la question 14. Le premier est l'AS 1 qui n'a pas donné plus de précisions (il a toujours exercé en cancérologie). Le deuxième est l'IDE 6 qui précise que cela était dû à une charge de travail trop importante lorsqu'elle travaillait en tant qu'AS en EHPAD et que cet exercice avait provoqué chez elle une « *déshumanisation du soin* ».



Graphique 11 : Survenue d'un SEPS (n=12)

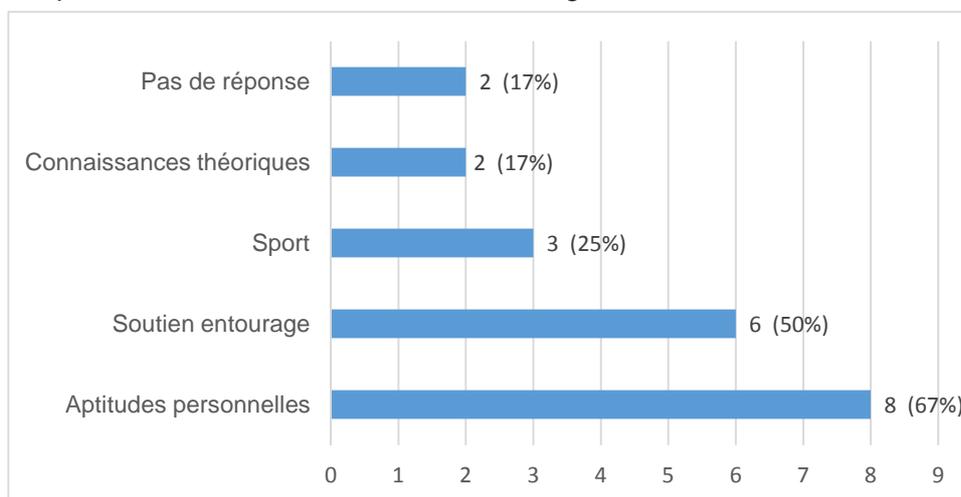
La survenue du SEPS est donc bien réelle. Les soignants savent identifier le SEPS ainsi que certains de ces facteurs de survenue mais connaissent-ils des ressources susceptibles de le prévenir ?

Question 9 :

Cette question portait sur les ressources personnelles. Les ressources évoquées se situent, pour 8 des 10 soignants ayant donné une réponse, au niveau des leurs aptitudes personnelles. Il s'agit du « bon relationnel » (pour 6 soignants), de l'adaptabilité (pour 4), de la curiosité intellectuelle (pour 3), de leur organisation des soins (pour 2) et de leur capacité d'autoanalyse (pour 1).

La deuxième ressource personnelle la plus fréquemment citée et ce pour 6 soignants se trouve dans le soutien de leur entourage.

Ensuite, 3 soignants citent une autre ressource : le sport et 2 (IDE) citent les connaissances théoriques qui me semblent nécessaires en oncologie.



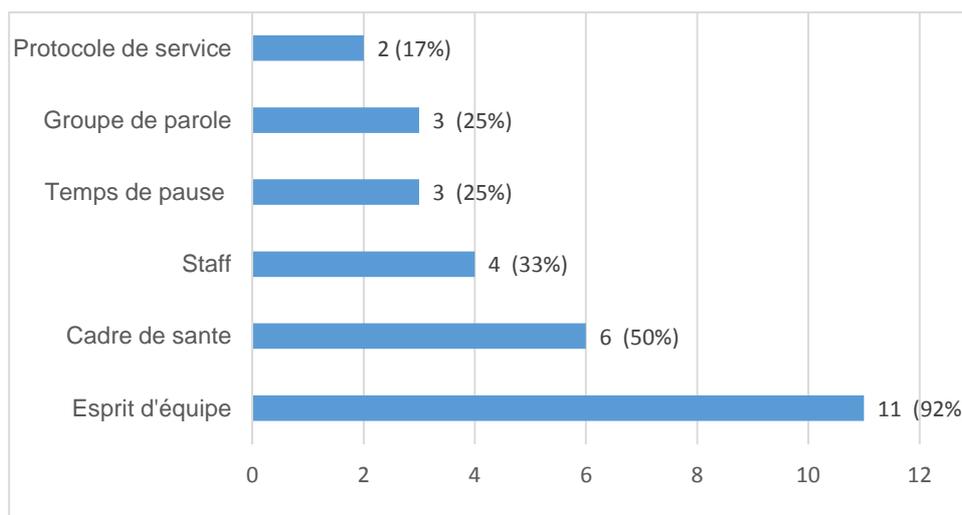
Graphique 12 : Les ressources personnelles (n=12)

Question 7 :

J'ai abordé dans cette question les ressources intrinsèques au service. La ressource principale semble être ici l'esprit d'équipe qui est cité par la majorité des soignants (11 sur 12). La ressource retrouvée en deuxième position soit pour la moitié des soignants se trouve être le cadre de santé, l'AS5 précise même « *la bienveillance du cadre* ».

Les autres ressources sont des temps d'échanges formalisés tels que les staffs (pour 4 soignants), les groupes de paroles (pour 3) ou des temps non formalisés comme les temps de pause (pour 3) où des échanges professionnels et/ ou personnels ont lieu.

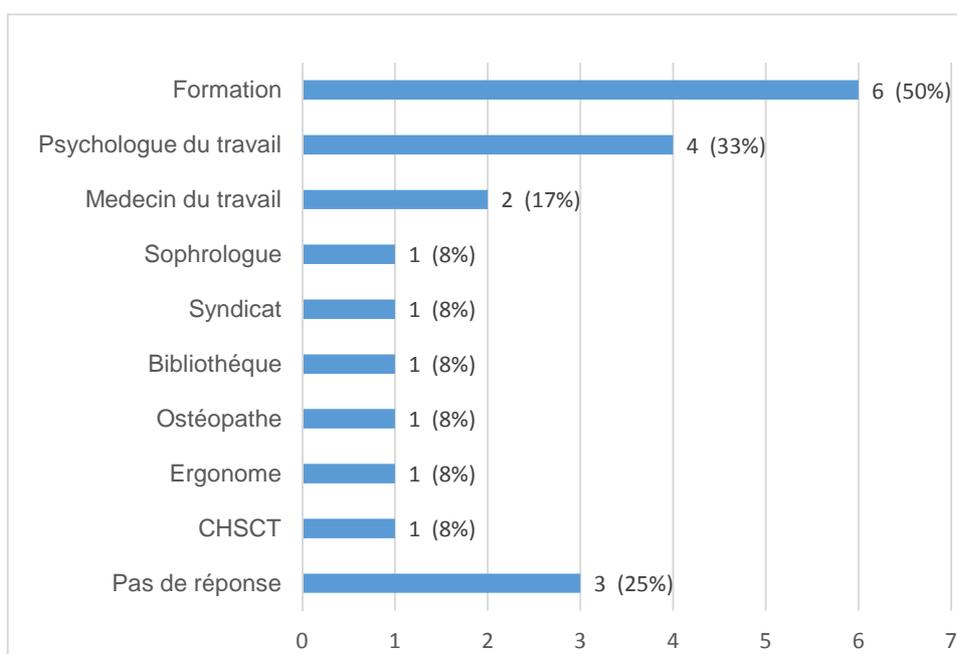
Enfin 2 soignantes (1AS et 1 IDE) évoquent des ressources écrites : les protocoles de service.



Graphique 13 : Les ressources au niveau du service (n=12)

Question 8 :

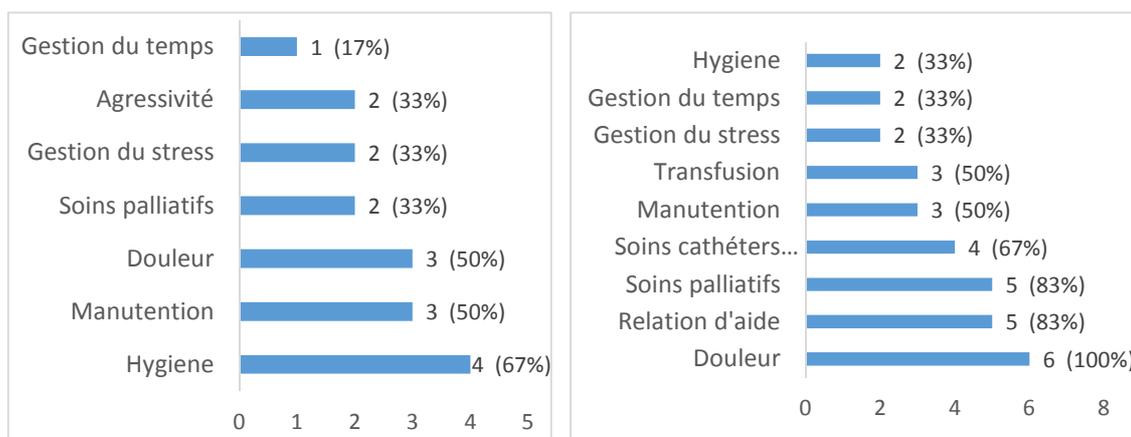
Concernant les ressources institutionnelles, les réponses données par les 9 soignants ayant répondu sont très variées. Ils évoquent des personnes ressources : la psychologue du travail (pour 4), le médecin du travail (pour 2), l'ergonome (pour l'AS1), l'osth opathe (pour l'IDE3), le sophrologue (pour l'AS3) et les syndicats (pour 1). Par ailleurs, 1 soignant évoque la bibliothèque. Mais la ressource institutionnelle dont les soignants pensent disposer en premier lieu est la formation continue : pour 6 d'entre eux soit la moitié.



Graphique 14 : Les ressources institutionnelles (n=12)

Question 10 :

J'ai présenté sur le graphique 15 les formations suivies par les AS et sur le graphique 16 celles suivies par les IDE. Les formations majoritairement obtenues par les IDE sont adaptées à la spécificité oncologique : « douleur » (100%), « relation d'aide » et « soins palliatifs » (83%) et « soins des cathéters centraux » (67%). Les formations accordées aux AS sont moins nombreuses. De plus, la formation majoritaire n'est pas spécifique à l'oncologie puisqu'il s'agit de l'hygiène. La formation relation d'aide n'est pas présente puisqu'elle n'est pas adressée aux AS mais 33% ont bénéficié de la formation agressivité ainsi que celles de la gestion du stress ou des soins palliatifs. La totalité des soignants a bénéficié d'au moins une formation hormis l'AS 2 ayant uniquement 7 mois d'ancienneté.



Répartition des formations suivies

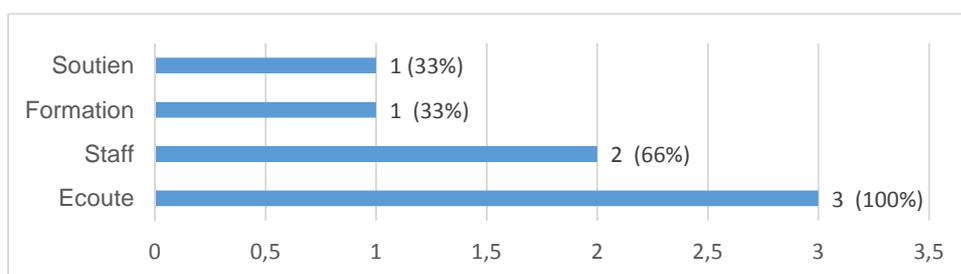
Graphique 15 : par les AS (n=6)

Graphique 16 : par les IDE (n=6)

Les formations participent en partie à la prévention du SEPS mais quelles sont, d'après les soignants, les autres ressources existantes qui permettraient d'éviter ce SEPS ?

Question 17 :

Les trois soignants ayant répondu à cette question ont évoqué des notions déjà soulevées dans les questions précédentes : le soutien (33%), la formation (33%), ou l'écoute (100%). Par ailleurs, 2 soignants sur les 3 évoquent les staffs et l'IDE3 précise que cela lui permet de comprendre le « *plan thérapeutique prévu pour le patient* » et de ne pas être une « *simple exécutante* ». Cela donne donc du sens à ses actions.

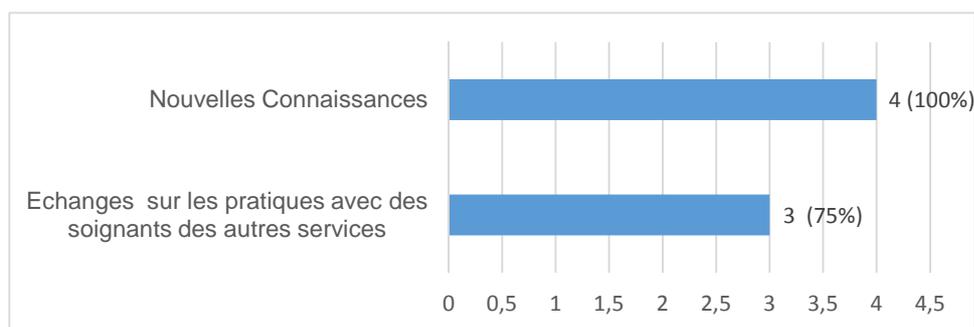


Graphique 17 : Les éléments existants prévenants le SEPS (n=3)

Seuls 3 soignants ont répondu à cette question. Je suppose donc que pour les 9 autres les éléments permettant d'éviter le SEPS étaient déjà proposés dans les questions précédentes comme par exemple les ressources, les formations ou les groupes de parole.

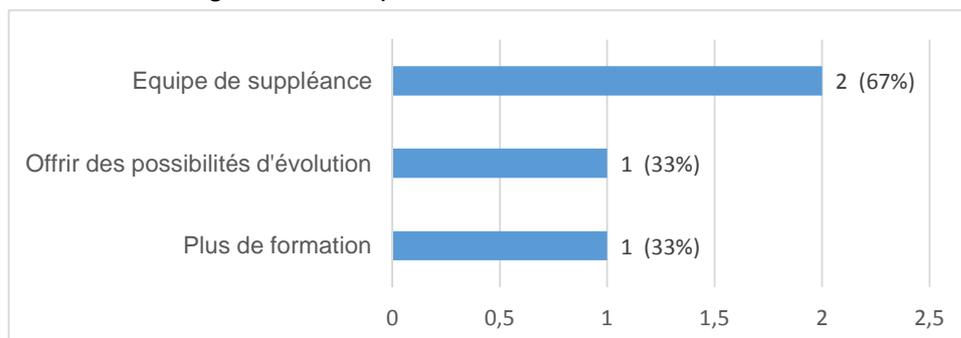
Question 11 :

Concernant les groupes de travail institutionnels, seuls 4 soignants sur les 12 y participent : 2 au CLUD, 1 au CLIN et 1 au groupe Plaie et cicatrisation. Les 4 ont déclaré que ces groupes leur permettaient d'acquérir de nouvelles connaissances et 3 d'entre eux que cela leur permettait d'échanger sur les pratiques avec des soignants d'autres services que le leur. Par ailleurs, l'IDE3 a précisé qu'elle s'impliquait pleinement dans sa mission douleur puisqu'elle était également Infirmière Référente Douleur Service (IRDS). Ce « sens de l'engagement » constitue une des trois dimensions de la hardiesse¹⁵³. Caractéristique intéressante puisque « sept études portant sur la hardiesse(...) montrent une relation positive statistiquement significative entre le manque de hardiesse et l'épuisement professionnel ».¹⁵⁴



Graphique 18 : Les apports des groupes institutionnels (n=4)

Concernant la **question 18** relative aux éléments inexistants qu'ils aimeraient voir au sein de l'institution, seuls 3 soignants ont répondu.



Graphique 19 : Les éléments (inexistants) souhaités (n=3)

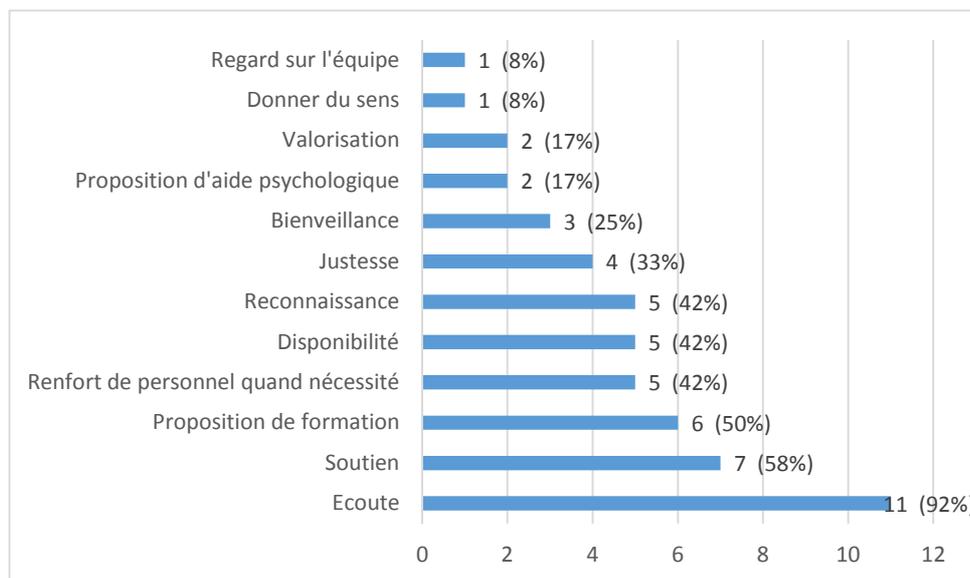
¹⁵³ Voir « la hardiesse » contenue dans le sous chapitre 2.4.6 intitulé « les facteurs de risque » p34

¹⁵⁴ Op cité CANOUI Pierre et MAURANGES Aline p63

2 des 6 soignants du CLCC ont précisé qu'il souhaiteraient la présence d'une équipe de suppléance, le centre hospitalier public en possédant une. Par ailleurs, 1 IDE souhaiterait des possibilités d'évolution et enfin l'IDE3 souhaiterait plus de formations. Elle précise qu'elle désirerait la formation « fin de vie » mais qu'elle n'a pas assez d'ancienneté pour pouvoir y prétendre.

L'analyse des entretiens des cadres de santé nous permettra de comprendre l'attribution des formations aux soignants.

La **question 19** a pour objectif de connaître l'opinion des soignants sur la posture managériale qu'ils attendent du cadre de santé afin de prévenir le SEPS.



Graphique 20 : Posture managériale du CDS attendue par les soignants (n=12)

Il s'agit essentiellement de capacités relationnelles : la notion majoritaire étant pour 11 des soignants l'écoute (5 d'entre eux précisent l'écoute « active »). Puis viennent les notions de : soutien (pour 7 soignants), de disponibilité (pour 5), de justesse (pour 4), de bienveillance (pour 3), de valorisation (pour 2), donner du sens (pour 1) et de regard sur l'équipe (pour 1).

La posture de « leader »¹⁵⁵ construite avec des arguments relationnels est nécessaire pour les soignants. Elle permet d'accompagner l'équipe durablement, de porter un « regard sur l'équipe » avec une « reconnaissance » et une « valorisation » comme le souhaitent les soignants ce qui donne envie et crée une relation de confiance.

¹⁵⁵ Voir le sous-chapitre 2.5.3 « Le management de proximité p 41 à 43

Une posture de « **boss** »¹⁵⁶ permet de poser le cadre et apporte une vision permettant de construire « du sens » avec des qualités telles que la « justesse » attendue par les soignants.

Enfin une posture de « **coach** »¹⁵⁷ semble prioritaire pour les soignants. Il est « bienveillant » et à « l'écoute » comme souhaité par 83% des soignants. De plus, le coach aide en orientant notamment par la proposition « d'aides psychologiques » ou « de formations ».

Enfin, je terminerai par la **question 20** à laquelle je n'ai obtenu qu'une réponse concernant un sujet que le questionné souhaitait partager avec moi. L'IDE5 déclare ainsi que « *la cadre de santé subit aussi beaucoup de stress, elle est comme nous. L'épuisement professionnel c'est pour elle aussi* ». Cette opinion met en lumière une notion que je n'avais pas évoqué jusqu'à présent.

L'analyse des questionnaires réalisés auprès des infirmières et des aides soignantes de terrain étant terminée, je présenterai maintenant celle des entretiens.

3.3 L'analyse des entretiens

Dans cette partie, je présenterai tout d'abord la méthodologie d'exploitation des données. Puis, j'identifierai la population concernée. Enfin, je présenterai les résultats obtenus au moyen des entretiens me permettant d'élaborer un premier niveau d'analyse.

3.3.1 L'exploitation des données

Tout d'abord, j'ai retranscrit les verbatim des six entretiens dans leur intégralité. J'ai présenté un verbatim d'une cadre de santé en annexe 10. Puis, j'ai effectué plusieurs lectures de ces entretiens afin d'analyser les propos des interviewés selon une méthode enseignée par une sociologue à l'IFCS¹⁵⁸. Ensuite, j'ai surligné les verbatim qui me semblaient intéressants au regard de mon hypothèse de recherche me permettant d'identifier cinq thèmes que j'analyserai dans la sous partie intitulée « analyse des verbatim ». Cette méthode me permet une analyse qualitative.

¹⁵⁶ LE BASTARD virginie. Les clés d'un management de proximité réussi, Cours IFCS de l'ESM. Le 31/03/2016

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ OLIVIER Anne. L'entretien. Cours IFCS de l'ESM. Le 22/01/2015

3.3.2 L'identification de la population

J'ai présenté les caractéristiques des professionnels interviewés en annexe 11.

➤ Qui sont les cadres interrogés ?

Afin de garantir leur confidentialité, j'ai attribué un numéro à chaque cadre rencontré. Il s'agit de quatre femmes qui se situent dans la même tranche d'âge puisqu'elles ont entre 47 et 56 ans. Nous pouvons constater que les cadres ont de l'ancienneté dans leur poste : entre 7 et 8 ans. De plus, elles ont toutes les quatre une ancienneté professionnelle importante soit dans la fonction (entre 7 et 12 ans) soit en oncologie (entre 7 et 35 ans). Deux cadres travaillent au sein de secteur public et deux au sein du secteur privé (CLCC).

➤ Qui sont les experts interrogés

J'ai procédé de façon similaire pour le psychologue du travail et le médecin du travail. Concernant ces deux personnes ressources, il s'agit de leur premier poste en cancérologie. Ils exercent tous les deux au sein d'un secteur privé (CLCC). Nous pouvons toutefois constater qu'ils ont une expérience en oncologie respective de 4 et 8 ans et que d'autre part, ils ont tous les deux une expérience de 20 ans dans leur profession.

3.3.3 L'analyse des verbatim des entretiens

J'ai analysé les entretiens selon cinq axes :

- L'identification des concepts prépondérants : les RPS et le SEPS
- L'identification des facteurs favorisants
- Les ressources existantes
- Le management pratiqué
- L'implication de l'institution

➤ L'identification des concepts prépondérants : les RPS et le SEPS

Tout d'abord, il me semble important de **situer les connaissances des cadres de santé** interviewés au sujet des définitions des RPS et du SEPS.

La définition des RPS :

Pour les 4 cadres de santé, elle est similaire à celle du ministère de la santé¹⁵⁹. Selon la CDS1 « *les RPS se situent entre le soignant et sa situation de travail* ». La psychologue du travail précise qu'il s'agit de « *risques humains qui peuvent émerger dans les relations de travail que ce soit avec les collègues ou la hiérarchie* ». Je la rejoins quand elle affirme qu'il

¹⁵⁹ Voir le sous-chapitre 2.2.2 « définition » p16

« est important de pouvoir s'accorder sur les définitions quand on parle de RPS ». C'est le cas pour la totalité des cadres interviewés.

Par ailleurs, les CDS sont unanimes sur l'aspect « multifactoriel ». Terme utilisé par les cadres 2,3 et 4.

La définition du SEPS :

Les 4 cadres ont décrit les 3 dimensions de ce syndrome¹⁶⁰. Tout d'abord, la dimension « **épuisement professionnel** » est celle développée de manière plus approfondie : « *un épuisement émotionnel intense au niveau professionnel qui influe dans ta vie perso et que tu ne peux pas séparer l'un de l'autre* » (CDS1), « *l'agent qui est vite excédé, qui se met à pleurer dans des situations pour lesquelles il n'aurait jamais pleuré habituellement. Il est fatigué même quand il revient de repos et pas parce qu'il a fait la fête*» (CDS3).

Ensuite, la dimension « **déshumanisation de la relation à l'autre** » caractérisée par l'attitude froide et distante des soignants vis-à-vis de leur travail, des collègues ou des patients est verbalisée comme « *une attitude froide et cynique que l'agent n'adoptait pas du tout auparavant* » (CDS4) et « *même avec ses collègues, ça peut partir au quart de tour ou au contraire il peut les ignorer* »(CDS3).

Enfin, la dimension de « **la diminution de l'accomplissement personnel** », caractérisée par un sentiment d'inefficacité, est définie par « *des soignants qui ne se sentent plus à la hauteur* » (CDS 1), « *une démotivation totale de l'agent* » (CDS3) ou un soignant « *qui est frustré de ne pas faire du bon travail* » (CDS2).

La psychologue du travail résume bien le SEPS « *on va dire que c'est un syndrome d'usure professionnelle. C'est du jour au lendemain, tout à coup, il n'y a plus de carburant, les gens ne peuvent plus avancer, ils ne peuvent plus se lever le matin. Et, il y a une notion de progression avant d'arriver à cet état, il faut vraiment que les trois dimensions soient présentes(...) le sujet est usé jusqu'à la trame et ça peut arriver assez brutalement quand le repérage des signes avant-coureurs n'a pas été établi* ». Elle reprend les trois dimensions du SEPS avec des métaphores propres à Christina MASLACH telles que l'« *érosion de l'âme* ». ¹⁶¹

Selon le médecin du travail : « *les RPS ne sont pas comme les autres risques professionnels, on ne peut pas les réduire à zéro mais on peut les diminuer* ». C'est

¹⁶⁰ Voir le chapitre 2.4.3 « la description du syndrome » p30

¹⁶¹ LEITER Michael, MASLACH Christina. Burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel. Paris, Les arènes, 2011 p43

pourquoi, il me semble important pour le cadre de santé d'avoir connaissance des facteurs favorisants et notamment d'identifier ceux propres à son unité de soins.

➤ L'identification des facteurs favorisants

Concernant les facteurs favorisants généraux :

Ceux cités majoritairement par les cadres sont « **la charge en soin** » (pour les 4) et **les conflits** dans l'équipe (pour 3).

Ensuite, les CDS3 et CDS4 (celles travaillant en hôpital public) relèvent la difficulté pour accorder **le planning** notamment avec « la grande équipe » : « *15 jours d'après-midi et 15 jours du matin, on ne peut pas garantir (...) Le garde-matin c'est niet, je tiens à ce que l'agent ait ses douze heures réglementaires* » (CDS4).

De plus, deux cadres identifient une « **ambiguïté des rôles** »¹⁶² : « *Quand je suis arrivée, il n'y avait pas de psychologue dans le service, les soignants étaient « psychologues », elles étaient investies, impliquées et dans la prise en charge, on sentait que ça allait beaucoup trop loin dans certains cas, elles se laissaient envahir. Or je pense qu'à chacun son rôle* » (CDS 4).

D'autre part, **le facteur générationnel** est soulevé par 2 cadres. Pour elle, « la génération Y » serait plus à risque « *je trouve qu'avec la jeunesse qui se téléphone et se SMS, les soignants ont plus de mal à couper court et à faire la séparation entre le travail et le boulot* » (CDS1). Or cette séparation est nécessaire comme le confirme le psychologue Jean-Luc MACHAVOINE « *à un niveau personnel, il y aurait donc nécessité de sauvegarder une frontière entre vie professionnelle et vie privée pour éviter le surinvestissement professionnel et se préserver un « ailleurs »* »¹⁶³

Concernant les facteurs spécifiques à la cancérologie :

La pathologie elle-même (le cancer) et **la confrontation à la mort** sont ceux soulevés de manière unanime par les six professionnels. La cadre 2 déclare que « **la pathologie cancéreuse** c'est pas comme dans un service lambda, c'est dur mentalement. En plus, il y a pleins de phases : l'annonce, les traitements : chimio, chir, radiothérapie. C'est pas le même parcours suivant le patient (...). La cancéro c'est typiquement le type de service ou

¹⁶² Voir sous-chapitre 2.3.3 « Les facteurs de stress » p23

¹⁶³ MACHAVOINE Jean-Luc. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Approche psychodynamique et institutionnelle. Psycho-Oncologie. Janvier 2015 p12

il y a de gros enjeux : il y a la vie, il y a la mort ». D'ailleurs, la phase palliative est évoquée par les 4 cadres en mettant en avant plusieurs difficultés potentielles. La CD1 évoque la **proximité** « *la relation entre l'agent et le patient et sa famille se renforce avec les hospis. Quand les soignants surinvestissent cette relation, la fin de vie est très difficile* ». La CDS2 évoque les difficultés lorsque « *la phase palliative n'est pas vraiment étiquetée et là c'est compliqué à gérer pour les soignants qui sont embêtés dans leur prise en charge auprès du patient mais aussi et surtout avec les familles* ». La cadre 4 évoque « **la qualité empêchée** »¹⁶⁴ : « *quand tu vois un patient en fin de vie pas confortable et que tu te dis que ça pourrais être autrement. Ça les épuise [les IDE] de courir après la prescription médicale qui pourrait faire que le patient est soulagé* ».

De plus, **la charge de travail** a évolué au fil des années « *le profil des patients de cancéro de manière générale a changé. Ils sont plus lourds puisqu'il y a maintenant des thérapies orales. Ces patients sont donc positionnés en hôpital de jour avec un mode ambulatoire qui leur permet un confort de vie(...) En plus, la durée de vie augmente et le profil des patients avec toutes les polypathologies associées en plus du cancer. Je trouve qu'en huit ans, le profil en hospi a changé et les types de prises en charge aussi* » (CDS4).

Par ailleurs, **la spécialité du service** peut également constituer un facteur de risque supplémentaire. Effectivement, chaque service a une organisation spécifique. La cadre 4 précise qu' « *il y a trois organisations médicales : des lits de radiothérapie dont curiethérapie, des lits d'onco med et des lits d'irra thérapie*¹⁶⁵ ». Dans cette unité, trois organisations médicales cohabitent avec des oncologues, des radiothérapeutes et des médecins de médecine nucléaire. « *Le profil du service n'est pas anodin (...) les IDE doivent jongler avec les différents médecins et la densité d'informations due aux différentes activités* ».

Tous les interviewés se rejoignent donc sur l'existence de facteurs favorisants dont certains spécifiques identifiés en oncologie. Face à ce phénomène, quelles sont les ressources identifiées par les cadres de santé ?

¹⁶⁴ Voir le sous chapitre 2.1.3 « la psychopathologie du travail » p11

¹⁶⁵ Traitement spécifique du cancer de la thyroïde

➤ Les ressources existantes

Le soutien¹⁶⁶ semble être pour les 4 cadres la ressource primordiale nécessaire au soignant qu'il s'agisse du soutien des collègues ou de la hiérarchie.

Le soutien des collègues :

Le soutien **émotionnel** est évoqué par 3 CDS « *les soignants parlent beaucoup de leur situation compliquée entre eux et surtout pendant le petit dej qui est un vrai temps d'échange* » (CDS2).

La CDS4 traduit le soutien **informel** « *les IDE se donnent des petits conseils, des astuces surtout les anciennes qui ont plus d'expérience* » ainsi que le soutien d'**estime** « *elles rassurent les nouvelles parce que la cancéro c'est pas évident* ».

Le soutien **matériel** est évoqué par 2 cadres « *il y a beaucoup d'entraide dans le service, les infirmières s'aident pour les soins quand une a plus de soins* » (CDS1)

Le soutien de la hiérarchie :

Le soutien **réceptif** est évoqué par la CDS4 « *les agents ont besoin de se sentir soutenus par leur cadre quand ils viennent leur parler de choses qui ne vont pas* ». Le CDS3 précise « *régulièrement, il faut passer du temps avec l'équipe car c'est dans ces moments-là(...) non formalisés que les choses se disent. Et c'est dans ces moments-là qu'on peut intervenir* ». D'autre part, elle traduit le **soutien d'autorité** qui notifie les efforts fournis permettant une reconnaissance du travail effectué : « *la valorisation de leur travail (..) et surtout la reconnaissance est très importante pour les agents* »(CDS4).

Le **soutien d'initiative** est évoqué par la CDS3 puisqu'elle agit en fonction du « degré de maturité » de l'agent.

Le soutien **instrumental** est argumenté par la CDS1 « *les IDE travaillaient en 10 heures et voulaient toutes passer en 12h. J'ai fait une analyse pour montrer que c'était faisable afin que la DRH accepte. C'est bon maintenant mais ça n'a pas été simple* ».

Je constate donc que les quatre types de soutien des collègues ainsi que les quatre types de soutien de la hiérarchie sont présents dans les verbatim des cadres de sante.

Les espaces d'échanges formalisés

Tout d'abord, **le staff** semble une obligation en oncologie pour les 4 CDS notamment concernant les cas complexes « *Le staff pluridisciplinaire du lundi : c'est un temps qui est alloué aux équipes qui est une nécessité* » (CDS4). L'équipe médicale et paramédicale sont présentes « *on y laisse la parole aux paramed, c'est eux qui donnent le ton* » (CDS3). Cette

¹⁶⁶ Voir sous chapitre 2.4.7 « la prévention du SEPS » concernant le soutien p38

opinion est partagée par Philippe COLOMBAT : « *les plus importants [espaces d'échanges] sont les staffs ou tous les soignants du service, quelles que soient leurs qualifications et les professionnels de soins de support sont présents et qui permettent, à partir des besoins identifiés du patient par les différents soignants, de proposer un projet de soins et un projet de vie adaptés (...) d'aborder les décisions éthiques* ».¹⁶⁷ Ils permettent de donner du sens.

Ensuite, **les groupes de paroles** sont formalisés pour 2 cadres : « *des groupes de paroles pour débriefer avec un psychologue de l'hôpital qui n'est pas la psychologue du service (...). C'est pas mal, on y parle des cas difficiles* » (CDS3). Pour les 2 autres cadres, ils sont instaurés en cas de besoin. « *On a un patient qui est resté un an, c'était une situation difficile, de précarité et là on a fait des groupes de paroles à un moment car on est humain* » (CDS4). Ces groupes permettent donc de verbaliser avec une reprise des situations difficiles notamment les « *fins de vie complexes* » (CDS1) et ils « *facilitent : l'expression, le partage et la ventilation des émotions ; l'interrogation collective et la recherche de complémentarité ; l'analyse de sa motivation et de son implication personnelle dans les soins* »¹⁶⁸ comme nous l'évoque Jean-Luc MACHAVOINE.

Enfin, **l'entretien annuel** est évoqué par 3 cadres. Il s'agit d'un moment d'échange privilégié dans l'année entre le soignant et le cadre. Le cadre 4 déclare qu'il demande en systématique « *comment se sent l'agent. Ça c'est un thème que j'aborde avec l'agent lors de l'entretien annuel. Chaque fois j'évoque la qualité de vie pour savoir comment il se sent avec ça* ». Il permet également d'évaluer les besoins en formation en fonction des objectifs fixés conjointement avec le soignant « *c'est pendant l'entretien annuel d'évaluation qu'on voit les besoins en formation dont l'agent a besoin pour prendre en charge le patient en onco sans le mettre en difficulté* » (CDS3).

Je présenterai donc maintenant, les besoins en formation identifiés par les cadres.

Les formations

Les **formations institutionnelles** sont évoquées par les 4 cadres. En oncologie, certaines formations sont essentielles pour une prise en soins de qualité. « *J'inscris en systématique mes soignants à la formation douleur et fin de vie la première année (...) ça peut pas marcher autrement dans un service où il y a autant de décès* » (CDS1). Cela commence dès l'intégration pour la cadre 3 : « *Dans le parcours d'intégration (IDE) il y a des formations indispensables qui sont intégrées dès le premier mois tel que la douleur, le soin palliatif, la*

¹⁶⁷ COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal, FOUQUEREAU Evelyne. La démarche participative dans les soins. Gestions hospitalières n°534. mars 2014. P152

¹⁶⁸ MACHAVOINE Jean-Luc. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Approche psychodynamique et institutionnelle. Psycho-Oncologie. Janvier 2015 p12

manutention des malades et les soins de voies centrales ». La psychologue du travail dispense des formations inscrites au plan de formation. La première « être acteur de la qualité de vie au travail » qui s'adresse au collaborateur. La deuxième « piloter la qualité de vie au travail » qui s'adresse au manager.

La CDS2 précise que les chirurgiens du service prodiguent des **formations internes** sur les pathologies prévalentes. Ces formations permettent également selon Jean-Luc MACHAVOINE «*de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par elle. Outre l'avantage d'une formation homogène, elles permettent aux soignants d'échanger au cours de temps de discussion et à ceux qui ne prennent pas souvent la parole de s'exprimer (...) elles favorisent en outre les relations interprofessionnelles dans un contexte de construction identitaire d'une équipe qui produit une même prestation de soins* »¹⁶⁹.

Enfin, la cadre 4 évoque les **Revue de Morbidité Mortalité (RMM)** « *quand le cas l'oblige, avec le chef de service, on fait une RMM, ça peut aider les agents* ». Philippe COLOMBAT confirme que « *les RMM peuvent être considérées comme espaces de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles* »¹⁷⁰. L'étude des cas permet une remise en question collective des soignants et des propositions d'axes d'amélioration.

Les cadres de santé ont identifié des ressources telles que le soutien, les temps d'échanges formalisés et les formations institutionnelles ou internes. Au-delà de ces ressources existantes, quel management est pratiqué par les cadres interviewés ?

➤ **Le management pratiqué**

Le type de management

D'après 2 cadres, le type uniquement directif est à éviter. « *Je connais certains collègues très directifs et je ne pense pas que ce soit bon* » (CDS3). Cette opinion est confirmée par Philippe COLOMBAT : « *si tous les types de managériats sont utilisables en fonction du groupe et des circonstances, on sait que les managériats directifs et persuasifs sont sources de souffrance au travail. Ils induisent (...) différents aspects qui diminuent la qualité de vie au travail* »¹⁷¹.

¹⁶⁹ Ibid. p153

¹⁷⁰ COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RUSZNIEWSKI Martine. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Oncologie, volume 13, issue 12, décembre 2011, p857

¹⁷¹ COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RODRIGUES Manuel. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. Psycho-Oncologie, juin 2011, volume 5, issue 2, p85

Par ailleurs, 2 cadres évoquent en partie un management participatif : « *j'utilise le management participatif (...) pendant les réunions d'équipe* » (CDS2). En 2004, un Programme Hospitalier de Recherche Clinique (PHRC) a « *démontré une relation entre un management participatif et la qualité de vie au travail des soignants de services d'onco-hématologie du canceropôle Grand Ouest* ». ¹⁷² Le management participatif semble donc mis en avant mais les 4 cadres, sans le nommer, décrivent un style de **management situationnel** ¹⁷³. « *Pour moi, il n'y a pas un seul type de management à utiliser, moi je change en permanence toute la journée. (...) J'utilise un type de management différent en fonction de l'agent que j'ai en face de moi et du contexte. Il faut s'adapter en fonction* » (CDS3).

Les rôles du cadre

Plusieurs rôles du cadre ont été énoncés durant les entretiens.

Le premier rôle évoqué unanimement par les cadres est **celui d'observateur actif** : « *Je suis assez sensible aux postures des personnes. Quelqu'un qui baissera les yeux, qui grimace, qui ne parle pas alors que d'habitude, elle parle beaucoup. Il faut être attentif aux différences de comportement.* » (CDS2), « *Il faut être vigilant, il n'y a pas longtemps j'ai vu un défaut de prise en charge médical (...) j'ai mis le holà. Je suis intervenue au niveau du chef de service en disant, j'ai 3 IDE qui sont en pleurs, c'est pas normal, là il y a danger* » (CSD4). De plus, **l'écoute et la proximité** sont également citées par les 4 cadres ; l'écoute active l'est spécifiquement par 2 d'entre eux : « *ma posture managériale c'est d'être à l'écoute en fait car si tu es enrhumé dans ton bureau que tu ne prends pas la température de l'équipe, ça ne va pas* » (CDS3). Le **soutien réceptif** caractérisé par Caroline RUILIER comme l'attention que porte le cadre aux soignants ainsi que sa disponibilité d'écoute est donc identifié par les 4 cadres interviewés ¹⁷⁴. La capacité à « *entendre les maux* » ¹⁷⁵ est évoqué par la cadre 3 : « *Il y a des gens qui occultent totalement et ça fait peut-être partie de nos mécanismes de défenses, tout simplement ne pas se dire les choses (...) C'est dans notre rôle en tant que cadre de reprendre les agents de par leurs attitudes. Souvent c'est à ce moment-là qu'on se rend compte qu'il souffre* ». Chaque individu n'a pas la même facilité à verbaliser ses difficultés.

¹⁷² Ibid. p154

¹⁷³ Voir le sous chapitre 2.5.5 intitulé « le management situationnel » p45

¹⁷⁴ Voir la deuxième partie 2.4.7 intitulée « la prévention du SEPS » p38

¹⁷⁵ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 5eme édition, 2015, p113

Le rôle de « leader »¹⁷⁶ me semble être prépondérant. Le cadre définit l'atmosphère au sein du service: « *veiller au bien-être au travail ça fait partie du rôle du manager (...) Régulièrement, il faut savoir passer du temps avec l'équipe (..) au minimum le matin quand on arrive et à l'inter-équipe* » (CDS3). De plus, un leader développe **le sens du travail** et le sentiment d'**utilité** en s'assurant « *régulièrement que les collaborateurs ont une vision claire de ce qui est attendu d'eux* » (médecin du travail). D'autre part, il soutient les initiatives de chaque soignant : « *la valorisation de leur travail (..) et surtout la reconnaissance est très importante pour les agents* » (CDS4). Il s'agit du **soutien d'autorité**¹⁷⁷ identifié par Caroline RUILIER qui met en évidence les efforts fournis permettant une reconnaissance du travail effectué. Enfin, le rôle de leader permet un management pérenne « *quand on a un leader qui donne une direction, qui équilibre entre l'autonomie et la charge de travail, qui est à l'écoute : on est heureux de venir travailler. On peut avoir beaucoup de travail mais ça change tout. Un management de qualité sera un levier pour fidéliser les talents* » (psychologue).

Le rôle d' « entrepreneur » est évoqué par l'instauration de groupes de paroles nécessaires à un moment donné pour l'équipe. « *Il existe une psychologue du travail. L'année dernière la situation était tendue et je lui ai demandé de venir pour des réunions car l'équipe avait besoin de parler. Depuis, elle vient une fois par mois* » (CDS1). Cette cadre entreprend des actions en collaboration avec les autres services institutionnels : « *Moi, j'ai expliqué à la DRH que je ne pouvais pas attendre 2 ans pour faire la douleur (formation) ou 4 ans pour la fin de vie. Vu le contexte du service, mon équipe a besoin de ces formations car c'est du bébé de mon service. Donc maintenant c'est acté avec la DRH. J'inscris en systématique mes soignants à la formation douleur et fin de vie la première année* ». Elle a également identifié une problématique « *moi, quand je suis arrivée, il y avait juste 3 AS : 2 le matin et 1 l'après-midi. Ça c'est pas possible pour 24 lits* ». Elle ajoute qu'elle a entrepris des actions d'amélioration « *en expliquant et argumentant que j'avais besoin de plus de monde, maintenant j'en suis à 4 par jour* » ce qui contribue à la prévention primaire¹⁷⁸. Cette action constitue également un **soutien instrumental**¹⁷⁹ puisqu'elle permet l'amélioration des conditions de travail.

Le rôle de « répartiteur de ressources » est évoqué essentiellement en ce qui concerne les effectifs et le matériel. « *La prévention ça passe aussi par le fait d'avoir du matériel*

¹⁷⁶Les rôles de « leader », d'« observateur actif » d'« entrepreneur » et de « répartiteur de ressources » sont définis par Henri MINTZBERG voir chapitre 2.5.3 Le management de proximité p43

¹⁷⁷ Ibid. p39

¹⁷⁸ Voir le sous-chapitre 2.4.7 « la prévention du SEPS » p38

¹⁷⁹ Ibid. p38

disponible, de ne pas être obligé de courir dans tous les services. Pour que ça roule, j'ai établi une liste d'agents responsables du matériel (...) J'évalue ce qu'il me faut au moment du plan d'équipement » (CDS1). Ensuite, en fonction de la charge de travail, le cadre veille à avoir les effectifs soignants nécessaires : « je fais des demandes pour des AS ou IDE dès que j'estime que l'équipe a besoin » (CDS3).

Par ailleurs, **le rôle de lanceur d'alerte** est évoqué par 3 cadres et me semble essentiel. « Alerter sa hiérarchie quand les problèmes perdurent et que ça ne va plus être possible, que les soignants commencent à s'épuiser » (CDS3). Et dans ce cas, alerter en se mettant en relation avec un professionnel identifié : « à plusieurs reprises, j'ai dû en diriger vers la médecine du travail » (CDS3). La cadre 4 précise qu'il y a une procédure spécifique au sein de son établissement « on a une fiche alerte » (CDS4). Le fait d'alerter permettra de prendre en charge le soignant et d'éviter que le phénomène ne s'aggrave.

Enfin, **le rôle de coach** est énoncé par la psychologue. Pour elle « un cadre qui serait dans une posture de coach » serait « un cadre qui apprend à ses équipes, qui les guide ». Un coach **accompagne** les soignants de l'équipe : « accompagner c'est analyser avec l'agent sa situation au mieux et avec lui car il n'y a que lui qui pourra agir » (CDS3). Un management **co- responsable** est donc évoqué ainsi qu'un **soutien d'initiative**¹⁸⁰ qui est lié à l'autonomie que le cadre donne aux soignants « ça dépend de son degré de maturité » (CDS3).

Les rôles endossés par le cadre sont donc multiples : il s'agirait donc d'un leader observant activement l'activité et les soignants au sein du service afin de répartir les ressources disponibles et diffuser les informations au niveau descendant et ascendant. Après analyse de la situation, le cadre de santé lancera l'alerte à sa hiérarchie ainsi qu'aux professionnels compétents des qu'il en aura identifié la nécessité. Le cadre a également un rôle de coach dans une logique d'accompagnement et d'apprentissage. Mais quel positionnement adopter ?

Positionnement

Le positionnement du cadre s'effectue dès l'accueil du soignant au sein de l'unité. La cadre 3 déclare que la période d'intégration lui permet « d'avoir un temps privilégié dès le début où je me positionne notamment par rapport aux exigences que j'attends en tant que cadre. Cela permet d'ancre des valeurs pro dès le début. En tant que cadre, il faut être clair,

¹⁸⁰ Voir la deuxième partie 2.4.7 intitulée « la prévention du SEPS » p38

transparent et cash car les non-dits sont parfois sources de conflits ». Elle ajoute « *c'est dans notre rôle en tant que cadre de reprendre les agents de par leurs attitudes. Souvent c'est à ce moment-là qu'on se rend compte qu'il souffre* » (CDS3).

De plus, le positionnement du cadre est nécessaire en cas de tension comme le précise la psychologue. Elle évoque ainsi la nécessité d'« *un cadre présent qui à la fois sait neutraliser les tensions en amont, qui sait neutraliser les comportements malsains, recadré au besoin* ».

Il semble donc nécessaire de **définir un cadre** et de le faire respecter. Cela permet d'apporter une vision commune, de construire du **sens** ainsi que de véhiculer des valeurs humanistes.

Je constate que les trois niveaux de prévention¹⁸¹ ont été évoqués par les cadres

- La prévention primaire avec l'identification de certains facteurs de risque organisationnels et leur suppression.
- La prévention secondaire avec le développement et le renforcement de ressources internes.
- La prévention tertiaire en limitant les effets du SEPS et une orientation adéquate.

Plusieurs actions de prévention sont donc mises en place par le cadre de santé or ce dernier n'agit pas seul mais au sein d'une organisation.

➤ **L'implication de l'institution**

L'employeur a une obligation de moyens et de résultats à veiller à la santé et la sécurité des salariés et décline donc différentes actions afin d'y parvenir :

Sensibilisation obligatoire de tous aux RPS

Tout d'abord, la cadre 1 évoque la prévention primaire avec sensibilisation générale au niveau du centre hospitalier. « *Il y a eu une campagne, il y a quelques temps, sur les RPS c'était pour sensibiliser les agents. Cela avait été remis dans les fiches de paie* ». La psychologue déclare « *d'ailleurs quand je suis arrivée, tous les cadres ont été formés à cela [formation RPS]. Formation que j'avais négociée avec la directrice des soins. J'ai dû voir une cinquantaine de cadres soit l'ensemble de l'équipe à ce moment-là entre 2012 et 2013. En sachant qu'il faut renouveler régulièrement. C'était plutôt de la sensibilisation de 2h en plusieurs sessions* ».

¹⁸¹ Voir le sous-chapitre 2.4.7 « la prévention du SEPS » p36 à 39

Le médecin du travail précise que la politique de l'institution est « *très axée sur la politique managériale essentiellement avec des formations [des RPS] afin qu'ils puissent le déployer au sein de leur équipe* ». Cela montre le rôle stratégique du cadre de santé. Par ailleurs, la santé au travail est désormais une préoccupation gouvernementale « *ce thème est devenu prioritaire dans les appels d'offres de formation continue des établissements de santé, ciblés sur les managers* »¹⁸².

Réalisation de diagnostic¹⁸³

Ensuite, la prévention secondaire est évoquée par le médecin du travail avec un diagnostic effectué dans son institution (CLCC), il cite un exemple « *en 2009, on a fait des enquêtes en auto questionnaires qui évaluaient en fonction du « job demand »*¹⁸⁴ *qui était assez élevé par rapport à d'autres centres hospitaliers* ».

Mise en place d'acteurs complémentaires

Au niveau du centre hospitalier public, « *la médecine du travail s'implique énormément notamment avec la mise en place de séance de sophrologie et d'ostéopathie*» (CDS3).

Au sein du CLCC, le médecin du travail précise la mise en place de deux acteurs : « *l'ergonome qui intervient sur des problèmes organisationnels* » et l'ostéopathe « *à moindre échelle, il existe des consultations d'ostéopathie* ». Ces dernières instaurées en rapport aux troubles ostéosquellettiques participent à une meilleure qualité de vie au travail.

Collaboration entre les acteurs

Enfin la prévention tertiaire est évoquée par une collaboration qui semble nécessaire entre les différents acteurs impliqués afin d'obtenir une prise en charge de qualité. La cadre 4 déclare « *moi, je travaille bien avec le médecin du travail, dès que je pense qu'un agent est en souffrance, je le dirige vers elle pour qu'il soit pris en charge* ». La cadre 1 ajoute « *intuitivement, quand j'identifie un agent en difficulté, j'ai envie de proposer l'aide que je trouve la mieux comme la psychologue du travail. Je la conseille facilement car j'ai plusieurs personnes qui y sont allées et j'ai eu d'excellents retours* ».

La retranscription des entretiens a ainsi permis de mettre en évidence des éléments qui portaient sur les concepts du cadre théorique. Cependant deux thèmes que je n'avais pas

¹⁸² COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal, FOUQUEREAU Evelyne. La démarche participative dans les soins. Gestions hospitalières n°534. mars 2014. p157

¹⁸³ Voir le sous-chapitre « prévention primaire » p36

¹⁸⁴ Issu du modèle de Karasek p22

évoqués dans le cadre conceptuel ont été mis en lumière lors de l'enquête. Ces notions seront à prendre en compte dans mon future poste.

Le premier concerne le facteur générationnel soulevé par deux cadres. Effectivement, l'évolution de notre société impacte celle de l'hôpital. Je n'avais pas identifié le rapport intergénérationnel qui me semble désormais très présent au sein de chaque équipe soignante. Il me semble donc que le cadre de santé devrait intégrer cette notion, au cœur de son management, notamment avec l'arrivée prochaine de « la génération Z » sur le marché de l'emploi.

Le deuxième thème a été évoqué la première fois par la psychologue : « *des fois, le cadre a identifié le problème mais simplement il est lui aussi en difficulté face à la demande de moyens matériels ou humains pour parer les situations délicates* ». Thème également abordé par la CDS3 qui donne un exemple « *en matière de suppléance, il y a des demandes dans plusieurs services du pôle et c'est donc la CPP [cadre paramédicale de pôle] qui va arbitrer en suppléant plus ce service ou ce service* ». Ces difficultés rencontrées par les cadres sont confirmées par la CDS2 « *le cadre doit faire et a toujours plus à faire. Il doit prioriser avec tout ce qu'il a dans les mains mais ce n'est jamais assez priorisé donc c'est difficile. Les journées ne sont plus assez longues (...) il y a aussi la hiérarchie, la direction des soins et leur posture vis-à-vis des cadres de santé* ». Elle ajoute « *l'épuisement professionnel guette les cadres* ». **L'épuisement professionnel des cadres** est évoqué par 3 cadres : « *tu parles du burn out en oncologie (..) mais tu le cibles uniquement pour les IDE et les AS or je pense qu'il faudrait aussi penser aux cadres* » (CDS3). J'ai effectivement analysé le SEPS des soignants or l'épuisement des cadres est également une réalité.

3.4 La synthèse

Je croiserai les résultats obtenus par l'analyse des entretiens et des questionnaires afin d'effectuer une synthèse.

Tout d'abord, j'ai pu constater que la totalité des cadres de santé possédait des **connaissances sur les RPS** et en particulier sur le SEPS, ce qui leur permet d'être en capacité de les identifier et donc de les dépister. Les soignants, quant à eux possèdent également des connaissances sur ces mêmes concepts mais ils leur semblent plus difficiles de les identifier pour la majorité surtout lorsqu'ils sont personnellement concernés.

Ensuite, des **facteurs de risque des RPS** et notamment du SEPS ont été identifiés. Les soignants et les cadres ont déterminé :

- Des stressseurs environnementaux (manque de personnel ou matériel).
- Des stressseurs dus à l'organisation de travail (ambiguïté des rôles).
- Des stressseurs dus aux conditions de travail (charge en soins importante) évoqués de manière prépondérante avec la notion de soutien (présent ou absent).

Des facteurs spécifiques à l'oncologie sont cités majoritairement par les cadres et les soignants tels que la confrontation à la mort.

C'est pourquoi, les cadres de santé interrogés ont exposé **les ressources** qu'ils tentent de fournir aux soignants afin de réduire ces facteurs de risque. La ressource prioritaire semble être le soutien, qu'il provienne des collègues ou de la hiérarchie. Les quatre types de « **soutien des collègues** »¹⁸⁵ définis par Caroline RUILIER (émotionnel, d'estime, informel et matériel) sont retrouvés au niveau des questionnaires et des entretiens. Concernant le soutien de la hiérarchie, je retrouve également les quatre types de « **soutien de la hiérarchie** »¹⁸⁶ (réceptif, d'initiative, d'autorité et matériel) au niveau des entretiens avec les cadres de santé. Par contre, au niveau des soignants, moins de la moitié d'entre eux estime être soutenue par le cadre et uniquement par un soutien réceptif. Apparemment, tous les soignants ne sont pas conscients du « *travail de lien invisible* »¹⁸⁷ réalisé par les cadres de santé évoqué par Paule BOURRET¹⁸⁸.

Par contre, tous les professionnels ont identifié comme ressources potentielles des **espaces d'échanges formalisés collectifs** d'une part (tels le staff ou les groupes de paroles) ou **individuels** d'autre part (tel que l'entretien annuel d'évaluation). La création d'espaces formels pour réfléchir au travail paraît être indispensable tout comme la présence d'espaces informels tels que les temps de pause. Certains moments informels peuvent également être une opportunité pour le cadre de créer du lien et de la motivation au sein de l'équipe. L'esprit d'équipe est une notion prégnante en oncologie comme notifié dans les questionnaires. Cette pensée est confirmée par Isabelle CREFF¹⁸⁹ : « *le cadre cherche en permanence, entre formel et informel, à maintenir le lien, à construire une appartenance à l'équipe (...). La réunion formelle reste alors un outil indispensable pour le cadre et structurant pour l'équipe. La réunion informelle est néanmoins privilégiée par son caractère*

¹⁸⁵ Voir la deuxième partie 2.4.7 intitulée « la prévention du SEPS » p38

¹⁸⁶ Ibid. p38

¹⁸⁷ BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan, 4ème édition, 2006, 288p

¹⁸⁸ Infirmière, docteur en sociologie et cadre de santé formatrice en IFCS

¹⁸⁹ Cadre supérieure de santé

souple, réactif, adapté à la rapidité du temps professionnel et aux attentes générationnelles »¹⁹⁰.

Ensuite, **les formations** qu'elles se présentent sous forme institutionnelle, de formations internes ou de RMM constituent des ressources pour chaque soignant. Selon Philippe COLOMBAT, la formation constitue une proposition concernant l'amélioration de l'organisation des soins en oncologie : « *chaque professionnel doit s'engager dans une démarche de mise à jour de ses connaissances spécifiques, une évaluation de ses pratiques professionnelles ainsi que des dispositifs de toutes natures qui en dépendent* »¹⁹¹. La formation semble être un sujet d'actualité puisqu'il est désormais question du Développement Professionnel Continu (DPC). Ce dispositif créé par la loi HPST est obligatoire pour tout professionnel de santé depuis le 1^{er} janvier 2013.

Afin de proposer ces différentes ressources, les cadres de santé disent utiliser un management différent en fonction des situations qu'ils rencontrent. Le management pratiqué pour l'ensemble des cadres de santé interviewés semblent donc être **situationnel**. De plus, le cadre endosse plusieurs rôles : celui de leader et d'observateur actif qui lui permettrait de répartir les ressources disponibles et de diffuser l'information nécessaire au travail. Enfin, il **lance l'alerte** à sa hiérarchie ainsi qu'aux professionnels compétents lorsqu'il en identifie la nécessité.

Face à ces différentes situations rencontrées en oncologie, le cadre de santé semble adopter trois postures.

Tout d'abord, **une posture de « boss »** qui pose le cadre et le fait respecter. Le cadre de santé « *apporte la vision, valide avec des arguments rationnels, construit le sens* »¹⁹². Cela concorde avec les désirs des soignants qui souhaitent un cadre qui donne du sens et qui soit juste¹⁹³. A la question 19, concernant la posture attendue par le cadre, une soignante déclare « *on n'est pas assez soutenu, le service n'est pas assez cadré* ». La posture de boss définie comme « *une posture haute et directive* »¹⁹⁴ serait donc adaptée dans cette

¹⁹⁰ CREFF Isabelle. Réunions en unités de soins, paroles de cadres de santé. Soins Cadres n°94 mai 2015 p25

¹⁹¹ MAGNET Marc, COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal. Propositions concernant l'amélioration de l'organisation des soins en oncologie. Oncologie. Mars 2014 p5

¹⁹² LE BASTARD virginie. Les clés d'un management de proximité réussi, Cours IFCS de l'ESM. Le 31/03/2016

¹⁹³ Voir les items « justesse » et « donner du sens » au niveau du graphique 20 p64

¹⁹⁴ LE BASTARD virginie. Les clés d'un management de proximité réussi, Cours IFCS de l'ESM. Le 31/03/2016

situation. De plus, le fait de ne pas faire de différence entre les soignants est évoqué par les cadres. Cette équité, attendue par les soignants, permet d'éviter les conflits et de se tourner vers le collectif et ainsi de contribuer à fédérer l'équipe. Par ailleurs, le positionnement du cadre doit être congruent « *c'est-à-dire la bonne façon d'occuper sa place de chef participe d'une adéquation entre les normes communicationnelles explicites et implicites. Dire ce que l'on va faire et faire ce que l'on a dit* ». ¹⁹⁵

Ensuite, **une posture de « leader »** est citée par les cadres. Il s'agit d'un manager qui impulse une dynamique. Il donne envie aux soignants, les aide à s'approprier le sens de l'action ce qui va leur permettre de s'y projeter. Il accompagne, créant ainsi une relation durable et de confiance. Cette posture est attendue par les soignants notamment par le biais d'une valorisation ou reconnaissance ¹⁹⁶ qui constituerait une motivation assimilable à une récompense, selon le modèle de Siegrist ¹⁹⁷. Cette dernière permettrait donc de contre balancer les efforts fournis par le soignant et donc de diminuer la survenue de stress et donc de SEPS.

Enfin, **la posture de « coach »**, formulée par la psychologue semble être la posture du cadre attendue en priorité par les soignants notamment par l'écoute ¹⁹⁸. Selon Walter HESBEEN « *l'écoute permet d'accueillir la parole d'autrui en commençant par se taire. Elle ne se transforme pas en un discours sur soi et l'exposé de ses propres expériences ou anecdotes. Ecouter n'est pas chercher à dire à l'autre ce qu'il doit faire mais lui permettre d'exprimer (...) ses difficultés ou ses incertitudes.* » ¹⁹⁹. Cette écoute permet le questionnement. Cette posture bienveillante a pour objectif de guider et d'autonomiser les soignants afin qu'ils gèrent les exigences du travail de manière efficace tout en améliorant leur stratégie d'adaptation au stress. La posture de coach est définie selon Catherine RICHETER ²⁰⁰ par « *un comportement basé sur l'écoute, l'accompagnement, la résolution de problème, la facilitation le processus éducatif et transformationnel avec une prise en compte des émotions* » ²⁰¹. Adopter une posture de coach permet donc d'assurer des missions de la fonction de cadre de santé en contribuant au développement des compétences des soignants et de facto à l'efficacité au niveau du service. Cela augmentera

¹⁹⁵ GHILHOT Christine. Posture managériale et coopération. Soins cadres n°76 p36

¹⁹⁶ Voir les items « valorisation » et « reconnaissance » au niveau du graphique 20 p64

¹⁹⁷ Voir le modèle de Siegrist sans la sous-partie 2.3.2 « les modèles du stress » p22

¹⁹⁸ Voir les items « écoute » et « bienveillance » au niveau du graphique 20 p64

¹⁹⁹ HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Paris : Elsevier Masson, 2002, p70

²⁰⁰ Cadre supérieur de santé, faisant fonction de directeur des soins

²⁰¹ RICHETER Catherine. Cadre et coach : des compétences complémentaires. Soins cadres n°94.mai 2015 p36

ainsi la « *latitude décisionnelle des soignants* »²⁰² et participera donc à un effet modérateur sur la survenue d'événements stressants permettant ainsi de contribuer à la prévention du SEPS.

L'articulation de ces trois postures permet ainsi la pratique d'un management respectueux des soignants dans un contexte de travail de plus en plus complexe et exigeant.

Effectivement, le cadre de santé n'agit pas en solitaire mais au sein d'une institution comme le confirme Jean-Luc STANISLAS : « *il [le cadre] ne peut agir seul, car les mesures préventives et curatives se mettent en œuvre en collaboration avec les acteurs décisionnaires, les instances et les structures d'aide et d'accompagnement des personnels en souffrance au travail* »²⁰³. La collaboration avec les différents professionnels est donc essentielle et particulièrement ceux qui composent le secteur de santé au travail²⁰⁴. La qualité de vie au travail me semble être un sujet permanent pour le cadre de santé qui requiert une démarche coordonnée au niveau de l'institution où il exerce. Elle comprend la prévention des risques professionnels et va même au-delà : « *le développement des ressources du métier construit la santé individuelle et collective au travail* »²⁰⁵.

Au terme de cette synthèse, je constate que plusieurs concepts abordés par les auteurs cités dans le cadre théorique ont été évoqués dans les questionnaires, repris lors des entretiens et illustrés par de nombreux exemples représentatifs. La richesse des témoignages des professionnels interrogés durant l'enquête de terrain illustre l'importance de la posture à adopter par le cadre de santé.

Pour conclure, je vais donc confirmer ou infirmer mon hypothèse initiale. En effet, l'analyse permet de répondre à la question de recherche qui était : **quelle posture managériale le cadre de santé peut-il employer dans la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie ?**

Mon hypothèse est donc confirmée puisque cette synthèse a mis en exergue **qu'en adaptant sa posture « de boss », « de leader » ou de « coach » aux situations**

²⁰² Voir le modèle de Karasek dans la sous-partie 2.3.2 « les modèles du stress » p21

²⁰³ STANISLAS Jean-Luc. Risque psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. novembre 2012 p25

²⁰⁴ J'ai appris durant l'enquête terrain, par la psychologue du travail, que la « médecine du travail » tend à disparaître dans les structures au profit du « secteur de santé au travail » qui est pluridisciplinaire et non uniquement médical

²⁰⁵ GATKA Henri, DEBARD Annie. Qualité de vie au travail : un enjeu managérial ? Disponible sur le site intranet AP-HP
(Consulté le 15 avril 2016)

rencontrées en oncologie, le cadre de santé peut contribuer à prévenir le SEPS des soignants.

Au total, l'analyse croisée a permis de répondre à ma question de recherche en apportant des précisions qui ont fait évoluer ma réflexion.

3.5 Les limites du travail de recherche

Je vais énoncer les limites en deux parties.

La première en évoquant le travail de recherche dans son ensemble qui a débuté par des difficultés à commencer ce travail. Effectivement, la définition du thème de recherche n'a pas été évidente. Une fois, la question de départ établie, ma vision s'est éclaircie. Cependant le choix des concepts à aborder au sein du cadre théorique fut difficile. En effet, de nombreux concepts me semblaient nécessaires à appréhender afin de répondre à ma problématique initiale : quelles stratégies managériales le cadre de santé peut-il déployer dans la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en oncologie ?

Le choix des concepts fut ardu et j'ai donc choisi de ne pas développer certains concepts tels que « la reconnaissance » ou « la santé psychologique au travail » qui aurait permis d'étoffer mon travail mais le nombre de pages autorisées pour cet écrit étant limité, il m'a fallu faire des choix. De plus, la littérature existante sur les différents concepts choisis dont celui majeur de l'épuisement professionnel est très importante comme le confirme l'annexe 2. Il m'a donc fallu sélectionner parmi les nombreux ouvrages et articles concernés ceux qui me semblaient les plus pertinents à la réalisation de mon travail.

La deuxième limite concerne particulièrement les difficultés que j'ai identifiées au niveau de l'enquête. Afin de réaliser cette enquête de terrain, j'ai respecté une méthodologie scientifique. Cependant, cette recherche reste modeste puisque je suis apprenti chercheur et non un chercheur en sciences sociales confirmé. Cela a pu induire quelques écueils dans ma façon de conduire un entretien et d'interpréter les données pour le questionnaire et/ ou l'entretien. De plus, j'ai dû m'adapter face à l'annulation de plusieurs entretiens prévus avec certains cadres de santé. Par ailleurs, le temps imparti pour mener l'enquête de terrain était restreinte. J'ai donc interrogé un échantillon de professionnels qui ne me semble pas suffisants pour généraliser mes résultats.

Toutefois, j'ai trouvé très intéressant dans une dynamique de formation d'aller questionner les soignants, principaux intéressés et de confronter leurs questionnaires aux entretiens effectués avec leurs cadres de santé. Au fil des entretiens, j'ai éprouvé un réel plaisir lors de ces échanges professionnels riches en éléments analysables. L'opinion des experts²⁰⁶ interviewés a permis d'enrichir ma réflexion. La retranscription intégrale des entretiens était une première pour moi et a été très chronophage²⁰⁷. Dans la totalité des entretiens, j'ai vraiment ressenti que la prévention du SEPS constituait une mission importante du cadre de santé en oncologie.

Il s'agit maintenant, pour moi, de conclure ce travail de recherche.

²⁰⁶ Psychologue et médecin du travail

²⁰⁷ Cinq heures me sont nécessaires pour une retranscription d'un entretien de 30 minutes

Conclusion

Ce travail de recherche arrive à son terme et je mesure ainsi le chemin parcouru cette année. La réflexion menée lors de l'élaboration de ce mémoire s'est avérée très riche pour la construction de ma future identité professionnelle. Elle s'est intéressée à la stratégie managériale à adopter par les cadres de santé afin de prévenir le syndrome d'épuisement professionnel soignants en oncologie. L'enquête de terrain, sur un territoire public et privée, m'a permis d'apporter un éclairage supplémentaire aux données théoriques. Elle m'a permis de les ancrer dans un contexte concret en oncologie grâce aux points de vue des professionnels interrogés.

Cette année de formation m'a permis de réfléchir sur la fonction de cadre de santé à travers les cours à l'IFCS et à l'Institut d'Administration des Entreprises (IAE) ainsi que durant les stages et lors des discussions avec les étudiants notamment lors des nombreux travaux de groupe. Réflexion notamment sur une mission fondamentale du cadre de santé qui consiste à garantir la qualité des soins au sein de l'unité qu'il manage. Or la qualité des soins administrés aux patients passe par la qualité de l'équipe. En effet, selon moi, des soignants en souffrance ne sont plus aptes à prodiguer des soins de qualité. C'est pourquoi, le « *cadre de santé à un rôle important à jouer vis-à-vis de la santé mentale de ses subordonnées* »²⁰⁸.

La qualité de vie au travail est un sujet d'actualité qui me semble être bénéfique pour chaque employé mais également pour l'institution qui l'emploie. Effectivement, un article québécois déclare que « *chaque dollar investi dans la santé et la qualité de vie au travail permet d'obtenir une rentabilité de 3 à 4 dollars* »²⁰⁹. En tant que future cadre de santé, je souhaite promouvoir une démarche de qualité de vie au travail au sein du service où j'exercerai.

Par ailleurs, bien que limitée, cette recherche m'amène à me poser une question que j'ai découverte lors de mon analyse : comment les cadres de santé peuvent concilier le management des soignants sous leur responsabilité et le respect des injonctions institutionnelles tout en se protégeant eux-mêmes de l'épuisement professionnel ? Ce questionnement pourrait constituer la problématique d'un autre travail de recherche. Mathieu DETCHESSAHAR propose une réflexion en ce sens dans un article paru dans la

²⁰⁸ STANISLAS Jean-Luc. Risque psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. novembre 2012 p29

²⁰⁹ Séminaires qualité de vie au travail : enjeux, perspectives, expériences. 3/02/2016 disponible sur le site intranet de l'AP-HP. (Consulté le 15 avril 2016)

revue professionnelle Soins Cadres qui a pour titre : « *Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management* »²¹⁰.

Au terme de ce travail de recherche, je prends conscience que cet écrit a fait cheminer ma réflexion sur ma future profession de cadre de santé et a contribué à modifier mon regard. J'ai pu approfondir en effet, mes connaissances et en acquérir de nouvelles. De fait, j'ai pu grâce à ce mémoire faire évoluer mon identité professionnelle grâce à l'appropriation de concepts et à la confrontation effectuée sur le terrain lors de l'enquête. C'est pourquoi, j'ai réellement eu du plaisir à réaliser ce travail.

A la veille de prendre de nouvelles fonctions d'encadrement au sein d'un service d'oncologie, je souhaite désormais mettre à profit ces enseignements et les transférer dans ma future activité quotidienne. En effet, en fonction des situations rencontrées, je souhaite adopter une posture de « boss », de « leader » ou de « coach » afin de contribuer à prévenir l'épuisement professionnel des soignants du service dont j'aurai la responsabilité.

Pour conclure, afin d'illustrer l'évolution de mes représentations, je souhaite proposer une citation d'Antoine DE SAINT-EXUPERY : « *Dans la vie, il n'y a pas de solutions. Il y a des forces en marche : il faut les créer, et les solutions suivent* »²¹¹.

²¹⁰ DETCHESSAHAR Mathieu. Construire la qualité de vie au travail à l'hôpital, soigner le management. Soins Cadre. 2013, n°85, 28 à 32

²¹¹ DE SAINT-EXUPERY Antoine. Disponible sur <http://www.antoinedesaintexupery.com/tags/vol-de-nuit> (Consulté le 15/04/2016)

Bibliographie

LES OUVRAGES

- ALECIAN Serge, FOUCHER Dominique. Le management dans le service public. Paris : Editions d'organisation, 2002. 446p.
- BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, 123p
- BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible. Paris : Seli Arslan, 4ème édition, 2006, 288p
- CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008,240p
- CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, Florentin Anne. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 5eme édition, 2015, 192p
- COLOMBAT Philippe. Qualité de vie au travail et management participatif. Paris : Editions LAMARRE, 2012, 217p
- CLOT Yves. Le travail à cœur, Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : Edla découverte, 2015, 196p
- DEJOURS Christophe. Souffrance au travail : regards croisés sur des cas concrets. Lyon : Chronique sociale, 2012, 95p
- DELBROUCK Michel. Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel. Paris : De Boeck, 1ere édition, 2011, 396p
- DE SINGLY François. L'enquête et ses méthodes : le questionnaire. Paris : Armand Colin, Collection128, 2012, 3eme édition, 124p

- FORMARIER Monique, JOVIC Ljijana. Les concepts en sciences infirmières. ARSI, Mallet conseil, 2eme édition, 2012, p328
- HESBEEN Walter. Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin. Paris : Elsevier Masson, 2011, 155p
- HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier : penser et agir dans une perspective soignante. Paris : Elsevier Masson, 2002, 208p
- JOUTEAU-NEVES Chantal, MALAQUIN-PAVAN, L'infirmier et les soins palliatifs : prendre soin éthique et pratiques, 5eme Edition, 2013, Paris, Elsevier Masson, 250p
- LEITER Michael, MASLACH Christina. Burn out : Le syndrome d'épuisement professionnel. Paris, Les arènes, 2011 269p
- MACHADO Tony. La prévention des risques psychosociaux : concepts et méthodologies d'intervention. Presses universitaires de Rennes, collection Psychologie, 2015, 374p
- MINTZBERG Henry. Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2010, Sixième tirage, 283 p.
- RUSZNIEWSKI Martine, Face à la maladie grave, patients, famille, soignants, Dunod, 2014, 216p
- SAUVAYRE Romy. Les méthodes de l'entretien en sciences sociales. Paris : Dunod, 2013, 138p
- TISSIER Dominique. Management situationnel : vers l'autonomie et la responsabilisation. Paris : Editions Insep Consulting, 2001, 152p
- VALLERY Gérard, LEDUC Sylvain. Les risques psychosociaux. Paris : Presses Universitaires de France, 2eme édition, 2014, 127p
- ZANOTTI Cinzia, THIBODEAU David. Tenir l'épuisement professionnel à distance, le burnout. Montréal : Quebecor, 2008,162p

- ZAWIEJA Philippe. Le burn out. Paris : Presses Universitaires de France, 2015, 126p

LES ARTICLES

- CALMES Gilles, PRUDONT Valérie. Le syndrome d'épuisement professionnel. Gestions hospitalières n°526. Mai 2013 p266 à 267
- CREFF Isabelle. Réunions en unités de soins, paroles de cadres de santé. Soins Cadres n°94, mai 2015 p23 à 25
- COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RODRIGUES. Manuel. Management et souffrance des soignants en oncohématologie. Psycho-Oncologie, juin 2011, volume 5, issue 2, p83 à 91
- COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RUSZNIEWSKI Martine. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Oncologie, volume 13, issue 12, décembre 2011, p845 à 863
- COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal, FOUQUEREAU Evelyne. La démarche participative dans les soins. Gestions hospitalières n°534. mars 2014. P151 à 157
- DETCHESSAHAR Mathieu. Santé au travail, Revue française de gestion, mai 2011 n°214 p 89 à 105
- GHILHOT Christine. Posture managériale et coopération. Soins cadres n°76, novembre 2010. p35 à 37
- MACHAVOINE Jean-Luc. L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en cancérologie. Approche psychodynamique et institutionnelle. Psycho-Oncologie, janvier 2015 p9 à 13
- MAGNET Marc, COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal. Propositions concernant l'amélioration de l'organisation des soins en oncologie. Oncologie. mars 2014 .p1 à 15

- RICHETER Catherine. Cadre et coach : des compétences complémentaires. Soins cadres n°94.mai 2015 p35 à 36
- STANISLAS Jean-Luc. Risque psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. novembre 2012 p20 à 29

LES ENSEIGNEMENTS

IFCS

- LE BASTARD virginie. Les clés d'un management de proximité réussi, Cours IFCS de l'ESM. Le 31/03/2016
- OLIVIER Anne. L'entretien. Cours IFCS de l'ESM. Le 22/01/2015

Universitaires

- RAIMONDEAU Jacques. Santé publique. Master 1. UE1 Ecue 1.2 Le 23/09/2015

LES MEMOIRES

- BIGOT Christelle. Le cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel soignant en EHPAD. Diplôme de cadre de santé. Paris : Ecole supérieure Montsouris, 2012, 84 p
- MABADAKI-CHOISY Maryse. 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 p

LES TEXTES LEGISLATIFS

- LOI no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1) Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000173965&categorieLien=id> (consulté le 29/12/2015)
- LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905&categorieLien=id> (Consulté le 29/12/2015)
- Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815> (Consulté le 29/12/2015)
- Arrêté du 23 juillet 2010 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le harcèlement et la violence au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630774> (Consulté le 29/12/2015)
- Ministère de la réforme de l'état, de la décentralisation et de la fonction publique, protocole d'accord relatif à la prévention des risques psychosociaux dans la fonction publique, 2013, 24p http://www.fonctionpublique.gouv.fr/files/files/carrieres_et_parcours_professionnel/sante_securite_travail_fp/protocole_accord_RPS_FP.pdf (Consulté le 02/01/2015)
- Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815> (Consulté le 20/12/2015)

LES DOCUMENTS ELECTRONIQUES

Les rapports

- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en santé, direction de l'accréditation, manuel d'accréditation des établissements de santé, janvier 2014, 96p disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/manuel_v2010_janvier2014.pdf
(Consulté le 21/12/2015)
- BODIER Marceline, GOLLAC Michel. Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail. Parvis : Ministère du travail de la santé et de l'emploi, avril 2011, 223p disponible sur <http://www.college-risquespsychosociaux-travail.fr/site/Rapport-College-SRPST.pdf>
(Consulté le 15/12/2015)
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Le panorama des établissements de santé édition 2014. Disponible sur <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/panorama2014.pdf>
(Consultée) le 15/11/2015
- Plan cancer 2014-2019 disponible sur <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-cancer-2014-2019>
(Consulté le 28/01/2016)

Thèse en ligne

- RUILIER Caroline. Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier. Thèse de sciences économiques et de gestion. Université de rennes 1. 2008, p 97-98 disponible sur <https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00523398v2/document>
(Consulté le 05/1/2015)

Les périodiques

- Guide d'aide à la prévention : Le syndrome d'épuisement professionnel ou burn out, mieux comprendre pour mieux agir. Anact ; INRS, 32p disponible sur http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf
(Consulté le 22/01/2016)
- Travail et changement. Présentéisme : une autre face de l'épuisement professionnel. Bimestriel du réseau Anact-Aract pour l'amélioration des conditions de travail, n°354, mars-avril 2014 disponible sur http://www.guide-iprp.fr/art_lepresenteismeuneautrefacedelepuisementprofessionnel.html
(Consulté le 20/12/2015)

Les dictionnaires

- Dictionnaire dicophilo disponible sur <http://dicophilo.fr/definition/travail/>
(Consulté le 15/12/2015)
- Dictionnaire Larousse disponible sur <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/travail/98505>
(Consulté le 15/12/2015)

Les pages Web

- DE SAINT-EXUPERY Antoine. Disponible sur <http://www.antoinedesaintexupery.com/tags/vol-de-nuit>
(Consulté le 15/04/2016)
- GATKA Henri, DEBARD Annie. Qualité de vie au travail : un enjeu managérial ? Disponible sur le site intranet AP-HP
(Consulté le 15 avril 2016)

- JOUFFRAY Claire. L'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir : une approche qui vient faire bouger les postures dans l'accompagnement social.
Disponible sur
http://aifris.eu/03upload/uplolo/cv143_56.pdf
(Consulté le 19/02/2016)

- PETERS Suzanne. Le burn out ou l'épuisement professionnel, American chamber of commerce-France, 28 janvier 2008, p25 disponible sur
http://www.amchamfrance.org/assets/news_last_white_papers/88429_burn-out-suzanne-peters-.pdf
(Consulté le 13/01/2016)

- Séminaires qualité de vie au travail : enjeux, perspectives, expériences. 3/02/2016
disponible sur le site intranet de l'AP-HP. (Consulté le 15 avril 2016)

Table des annexes

Annexe 1 : Ma carte mentale

Annexe 2 : Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par famille professionnelle

Annexe 3 : Evolution du nombre de publications sur le burn out entre 1983 et 2013

Annexe 4 : Traduction française du Malash Burnout Inventory (MBI)

Annexe 5 : Grille d 'entretien pour les cadres de santé

Annexe 6 : Grille d 'entretien pour le médecin du travail

Annexe 7 : Grille d'entretien pour le psychologue tu travail

Annexe 8 : Questionnaire pour les aides-soignant(e)s et infirmière(e)s.

Annexe 9 : Talons identitaires des soignants questionnés

Annexe 10 : Talons identitaires des professionnels interviewés

Annexe 11 : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé 3

Annexe 1 : Ma carte mentale

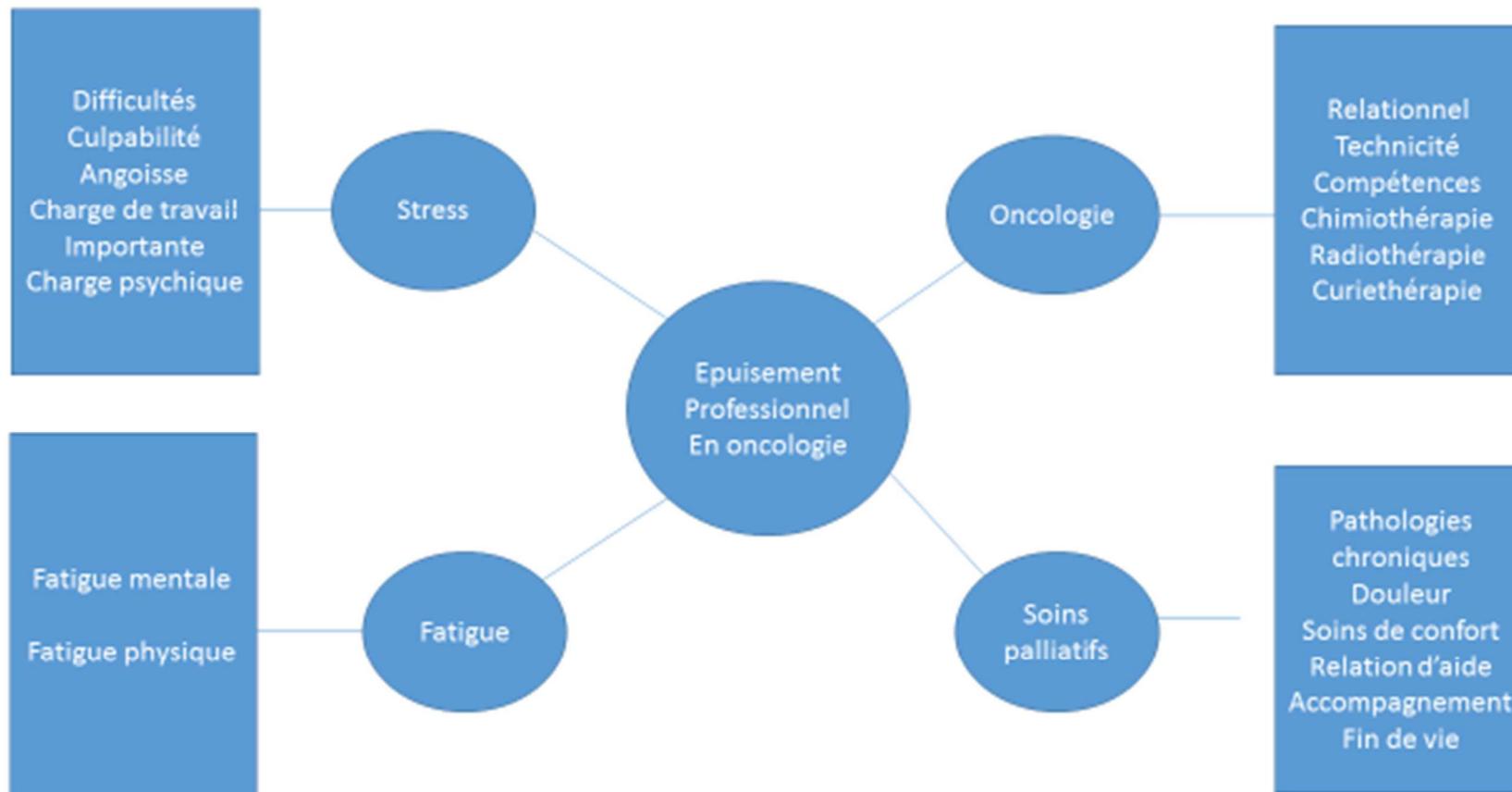


Figure 1 : Ma carte mentale effectué le 14 octobre 2015

Annexe 2 : Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par famille professionnelle

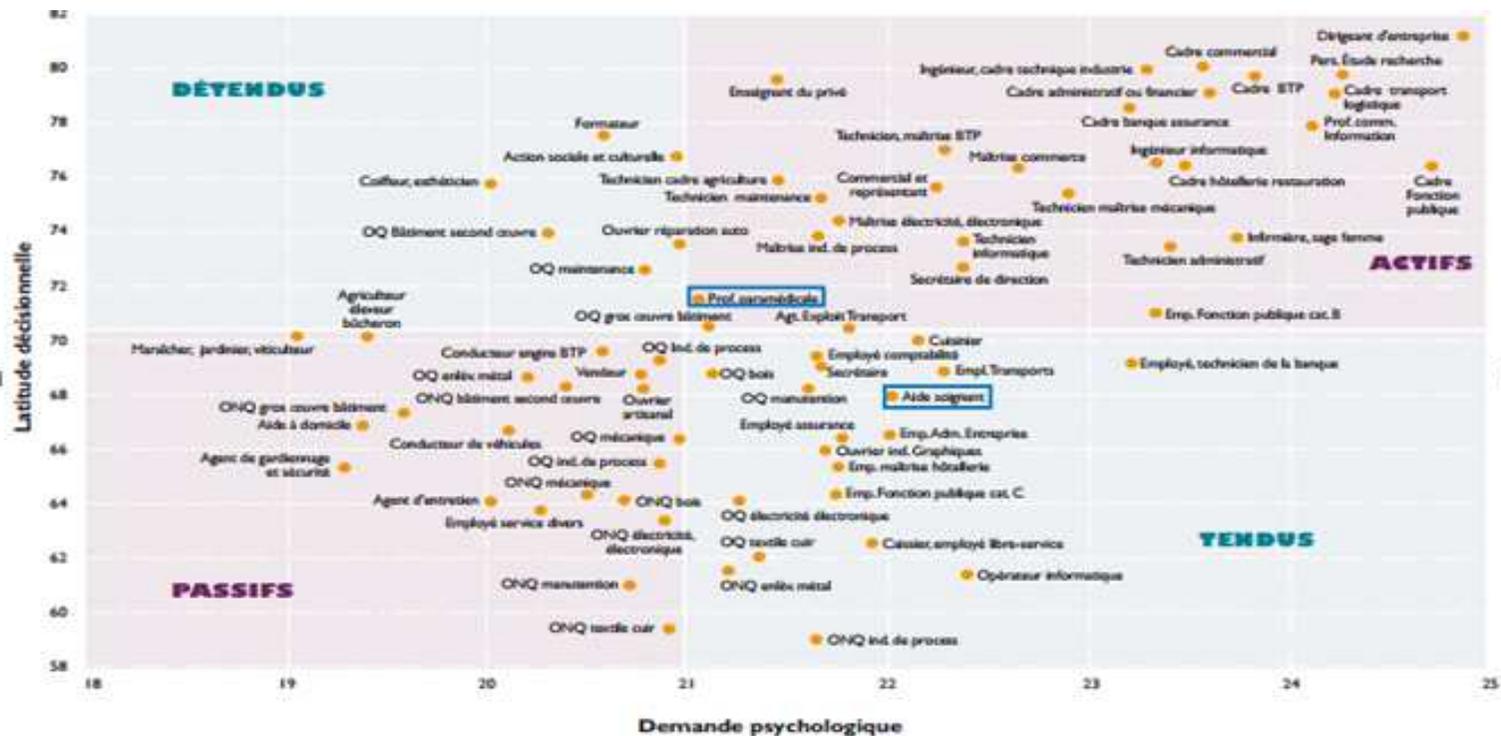


Figure 2 : Score de demande psychologique et de latitude décisionnelle par famille professionnelle²¹²

²¹² Les facteurs psychosociaux au travail. Une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête SUMER. Documents pour le médecin du travail n°115 3eme trimestre 2008. Disponible sur <http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=TF%20175> (Consulté le 17/03/2016)

Annexe 3 : Evolution du nombre de publications sur le burn out entre 1983 et 2013

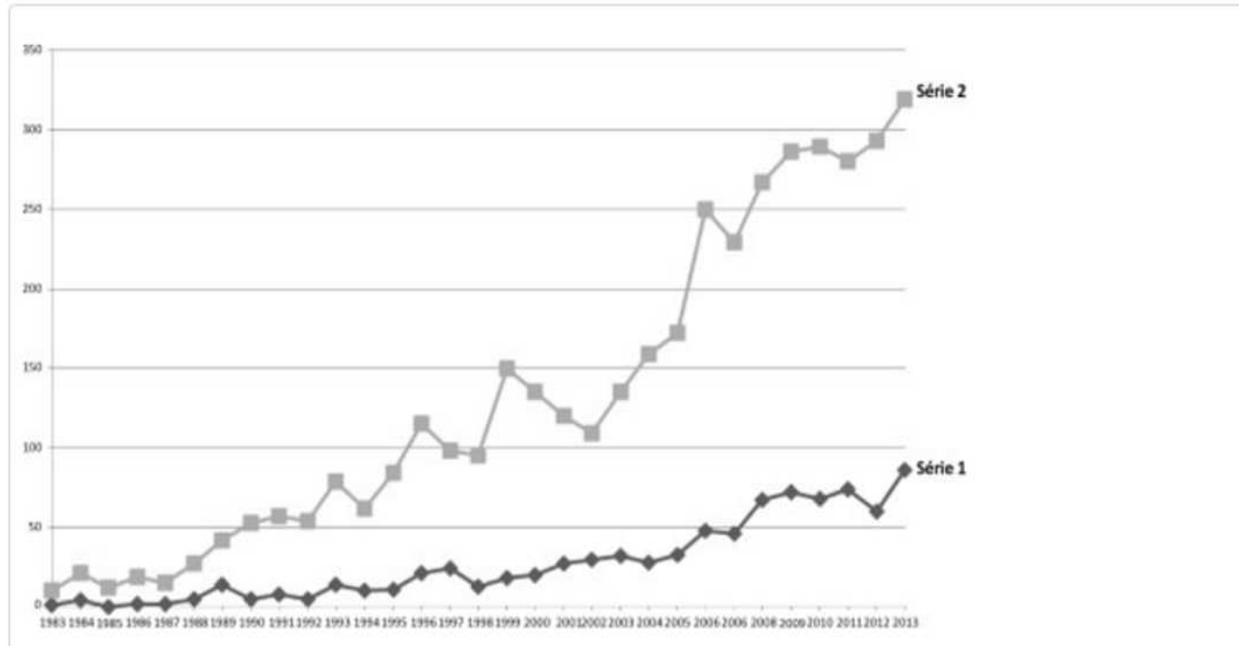


Figure 3 : Evolution du nombre de publications sur le burn out entre 1983 et 2013²¹³

Série 1 : Requêtes sur « burnout, professionnel » ou « karoshi death » chez les soignants (« caregivers ») ou infirmières (« nurse ») ou médecins (« physician ») ; uniquement les articles originaux.

Série 2 : Mêmes requêtes mais sans les termes « caregivers », « nurse », « physician ».

(D'après une étude de Florence Canouï-Poitrine, MCU-PH, pôle Recherche clinique – Santé publique, hôpital Henri-Mondor, Créteil ; laboratoire d'investigation Clinique : Épidémiologie clinique – Évaluation médico-économique LIC EA 4393, université Paris Est-Créteil, février 2015.)

²¹³ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline, Florentin Anne. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 5eme édition, 2015, p5

Annexe 4 : Traduction française du Maslach Burnout Inventory (MBI)

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par an	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours

Avec quelle fréquence ?
(0 : jamais ; 6 : tous les jours)

1

1. Je me sens vidé(e) nerveusement par mon travail.	
2. À la fin d'une journée de travail, je me sens totalement épuisé(e).	
3. Je suis fatigué(e) quand je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée de travail.	
4. Il m'est facile de comprendre ce que ressentent mes patients.	
5. J'ai l'impression de traiter certains patients comme s'ils étaient des « objets » impersonnels.	
6. Travailler toute la journée avec d'autres personnes est pour moi une source de tension.	
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	
8. Je me sens totalement « lessivé(e) » par mon travail.	
9. Je crois que par mon activité professionnelle, j'exerce une influence positive sur la vie de mes patients.	
10. J'ai l'impression que depuis mes débuts dans cette profession, je suis devenu(e) nettement moins sensible envers mes patients.	
11. J'ai peur que mon travail ne m'endurcisse.	
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.	
14. J'ai l'impression de travailler trop dur.	
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui peut arriver à certains de mes patients.	
16. Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense.	
17. Avec mes patients, je peux facilement créer une atmosphère très détendue.	
18. Je me sens « regonflé(e) », « ranimé(e) » quand je peux suivre de près le cas de mes patients.	
19. J'estime avoir accompli de nombreux actes de valeur dans mon travail.	
20. J'ai l'impression d'être au bout du rouleau.	
21. Dans mon travail, je traite très calmement les problèmes émotionnels et affectifs.	
22. J'ai l'impression que la plupart de mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	

Figure 4 : Maslach Burnout Inventory (MBI) ²¹⁴

²¹⁴ COLOMBAT Philippe, ALTMAYER Antonia, RUSZNIEWSKI Martine. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Oncologie, volume 13, issue 12, décembre 2011, p 863

Annexe 5 : Guide d'entretien pour les cadres de santé en oncologie

Présentation avant l'entretien :

Bonjour, je me présente : Catherine ROUESNE. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur le rôle du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des soignants en oncologie. L'objet de cet entretien est de recueillir votre opinion personnelle dans l'anonymat et la confidentialité.

Cet entretien dure environ quarante-cinq minutes.

Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterai enregistrer nos échanges. Etes-vous d'accord?

Talon sociologique:

- Quelle est votre fonction ?
- En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre ancienneté dans le service ?
- Quelle est votre ancienneté en oncologie ?
- Quelle est la spécialité du service ?

Questions principales :

Question 1 : Savez-vous ce que sont les risques psychosociaux ? Précisez

Question 2 : Existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au niveau de votre établissement ? Laquelle ?

Question 3 : Plus particulièrement, qu'est-ce que, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?
(Comment définiriez-vous ce concept ?)

Question 4 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition des RPS et du SEPS ? Si oui lesquels ?

Question 5 : Et plus spécifiquement en oncologie ? Précisez

Question 6 Quels moyens et actions peut mettre en œuvre un collaborateur afin de prévenir cette apparition ?

Question 7 : En tant que cadre de santé, que mettez-vous ou pouvez-vous mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants au sein de votre équipe?

Question 8 : Quelle est votre posture managériale ? Précisez

Question 9 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je vous remercie pour cet entretien

Questions de relance :

Question 1 : En tant que cadre de santé, considérez-vous que la prévention du SEPS est une de vos missions ?

Question 2 : Avez-vous été confronté à ce syndrome chez l'un de vos collaborateurs durant votre pratique au sein de votre unité?

Annexe 6 : Guide d'entretien pour le médecin du travail en oncologie

Présentation avant l'entretien :

Bonjour, je me présente : Catherine ROUESNE. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur le rôle du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des soignants en oncologie. L'objet de cet entretien est de recueillir votre opinion personnelle dans l'anonymat et la confidentialité.

Cet entretien dure environ quarante-cinq minutes.

Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterais enregistrer nos échanges. Etes-vous d'accord?

Talon sociologique:

- Quelle est votre fonction ?
- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?
- Quelle est votre ancienneté en oncologie ?

Questions principales :

Question 1 : Selon vous, que sont les risques psychosociaux ?

Question 2 : Existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au niveau de votre établissement ? Laquelle ?

Question 3 : Plus particulièrement, qu'est-ce que, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?

Question 4 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition des RPS et du SEPS ? Si oui lesquels ?

Question 5 : Et plus spécifiquement en oncologie ? Précisez

Question 6 : Savez-vous quelle est la prévalence de l'épuisement professionnel au sein de l'établissement ? Précisez

Question 7 : Existe-t-il une procédure concernant le SEPS au niveau institutionnel ? Précisez

Question 8 Quels moyens et actions peut mettre en œuvre **un soignant** afin de prévenir cette apparition ?

Question 9 : En tant que **médecin du travail**, que mettez-vous ou pouvez-vous mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants ?

Question 10 : Participez-vous à l'élaboration du document unique ?

Question 11 : Transmettez-vous des informations au cadre de santé des services concernant les agents présentant des signes de SEPS ? Cela est-il confidentiel ? Précisez.

Question 12 : Selon vous, quelle posture managériale le cadre de santé peut-il adopter afin de prévenir l'épuisement professionnel ? Précisez

Question 13 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je vous remercie pour cet entretien

Questions de relance :

Question 1 : En tant que médecin du travail, considérez-vous que la prévention du syndrome d'épuisement professionnelle soignant est une de vos missions ?

Question 2 : Avez-vous été confronté à ce syndrome chez l'un de vos collaborateurs durant votre pratique au sein de l'institution?

Annexe 7 : Guide d'entretien pour le psychologue du travail en oncologie

Présentation avant l'entretien :

Bonjour, je me présente : Catherine ROUESNE. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur le rôle du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des soignants en oncologie. L'objet de cet entretien est de recueillir votre opinion personnelle dans l'anonymat et la confidentialité.

Cet entretien dure environ quarante-cinq minutes.

Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterai enregistrer nos échanges. Etes-vous d'accord?

Talon sociologique:

- Quelle est votre fonction ?
- En quelle année avez-vous été diplômée ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre ancienneté dans l'établissement ?
- Quelle est votre ancienneté en oncologie ?

Questions principales :

Question 1 : Selon vous, que sont les risques psychosociaux ?

Question 2 : Existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au niveau de votre établissement ? Laquelle ?

Question 3 : Plus particulièrement, qu'est-ce que, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?

Question 4 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition des RPS et du SEPS ? Si oui lesquels ?

Question 5 : Et plus spécifiquement en oncologie ? Précisez

Question 6 : Savez-vous quelle est la prévalence de l'épuisement professionnel au sein de l'établissement ? Précisez

Question 7 : Existe-t-il une procédure concernant le SEPS au niveau institutionnel ? Précisez

Question 8 Quels moyens et actions peut mettre en œuvre **un soignant** afin de prévenir cette apparition ?

Question 9 : En tant que **psychologue du travail**, que mettez-vous ou pouvez-vous mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants ?

Question 10 : Participez-vous à l'élaboration du document unique ? Précisez

Question 11 : Transmettez-vous des informations au cadre de santé des services concernant les agents présentant des signes de SEPS ? Cela est-il confidentiel ? Précisez.

Question 12 : Selon vous, quelle posture managériale le cadre de santé peut-il adopter afin de prévenir l'épuisement professionnel ? Précisez

Question 13 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je vous remercie pour cet entretien

Questions de relance :

Question 1 : En tant que psychologue du travail, considérez-vous que la prévention du syndrome d'épuisement professionnelle soignant est une de vos missions ?

Question 2 : Avez-vous été confronté à ce syndrome chez l'un de vos collaborateurs durant votre pratique au sein de l'institution?

Annexe 8 : Questionnaire pour les AS et les IDE

Bonjour, je me présente : Catherine ROUESNE. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur le rôle du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des soignants au sein des services d'oncologie.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. L'objet de ce questionnaire est de recueillir **vos** **opinion personnelle** dans l'anonymat et la confidentialité.

Questions concernant le questionné :

- Votre fonction : Aide-soignant(e) Infirmier(e)
- En quelle année avez-vous été diplômé(e)?.....
- Avez-vous d'autre diplôme (exemple DU) ? Oui Non

Si oui, précisez :.....

- Quelle est votre âge ?.....
- Quelle est la spécialité du service ?.....
- Quelle est votre ancienneté dans le service :
- Quelle est votre ancienneté en oncologie ?

Questions concernant le thème de la recherche

Question 1 : Avez-vous choisi personnellement l'affectation au sein de ce service ?

- Oui
- Non

Si oui, pourquoi ?

Question 2 : Rencontrez-vous des difficultés au sein du service ?

- Oui
- Non

Question 3 : Quelles types de difficultés rencontrez-vous ?

- Manque de matériel Manque de personnel Absentéisme
- Difficulté au sein de l'équipe Charge de travail Charge émotionnelle
- Confrontation a la souffrance Difficultés relationnelles avec les familles
- Prise en charge palliative Confrontation avec la mort
- Manque de compétences en lien avec l'oncologie...**Précisez** :.....
- Difficultés avec la hiérarchie
- Autres, précisez :.....

Question 4 : A quelle fréquence, estimez-vous rencontrer des difficultés ?

(Une seule réponse possible)

- Quelques fois par mois
- Plusieurs fois par semaine
- 1 fois par semaine
- Quotidiennement

Question 5 : Avez-vous des personnes ressources pour parler de vos difficultés ?

- Collègue AS Collègue IDE Médecins du service
- Cadre de santé Psychologue du service
- Autres, précisez

Question 6 : Avez-vous le sentiment d'être soutenu ?

- Oui
- Non

Si oui, de quel type de soutien s'agit-il ?

.....

.....

.....

.....

Question 7 : Quels sont les ressources dont vous pensez disposer **au sein du service** ?

.....
.....
.....
.....

Question 8 : Quels sont les ressources dont vous pensez disposer **au niveau institutionnel** ?

.....
.....
.....
.....

Question 9 : Quels sont les ressources **personnels** dont vous pensez disposer ?

.....
.....
.....
.....

Question 10 : Avez-vous bénéficié de formations ?

- Relation d'aide Soins palliatifs Stress Gestion du temps
 Douleur Autres : précisez.....

Question 11 : Participez-vous à un groupe de travail institutionnel ?

- Oui
 Non

Si oui, lequel ?.....

Qu'est-ce que la participation à ce groupe vous apporte ?

.....
.....

Question 12 : Existe-t-il des groupes de paroles ?

- Oui
- Non

Si oui, y participez-vous ? Pourquoi ? Quelle est sa fréquence ?

.....
.....

Si vous n'y participez pas, pourquoi ?.....

Si non, aimeriez-vous son instauration au sein du service ?

- Oui pourquoi?.....
- Non pourquoi ?.....

Question 13 : Selon vous, que représentent les risques psychosociaux ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question 14 : D'après vous, qu'est-ce que le syndrome d'épuisement professionnel du soignant? (possibilité de cocher plusieurs réponses)

- Un épuisement émotionnel
- Un syndrome avec des manifestations physiques et psychiques
- Une deshumanisation de la relation à l'autre
- Une perte de la qualité relationnelle
- Une diminution de l'accomplissement personnel
- Un sentiment d'échec personnel
- Autres :

Question 15 : Avez-vous déjà été touché par l'épuisement professionnel ?

- Oui
- Non

Si oui, précisez :

Question 16 : Selon vous, quels sont les facteurs de risque de l'épuisement du soignant ? Existe-il des spécificités en oncologie ?

.....
.....
.....
.....

Question 17 : D'après vous, quel(s) élément(s) **existant(s)** vous permet d'éviter ce risque ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question 18 : Quel(s) élément(s) **inexistant(s)** permettant de prévenir ce risque souhaiteriez-vous voir au sein de l'institution ?

.....
.....
.....
.....
.....

Question 19 : Quelle posture managériale (ou positionnement du cadre) attendez-vous du cadre de santé du service afin de prévenir l'épuisement professionnel ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Question 20 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que je n'ai pas abordé durant ce questionnaire et qu'il vous semble important de partager ?

.....
.....
.....
.....
.....

Je vous remercie pour votre aide.

Annexe 9 : Talons identitaires des soignants questionnés

Talons identitaires des AS questionné(e)s

	Age	Sexe	Ancienneté AS	Ancienneté dans le service	Ancienneté en cancérologie	Spécialité du service
AS 1	43 ans	F	23 ans	5 ans	23 ans	Médecine oncologique
AS 2	32 ans	F	7 mois	7 mois	7 mois	Chirurgie oncologique ORL
AS 3	28 ans	F	2,5 ans	2.5 ans	2.5 ans	Chirurgie oncologique ORL
AS 4	27 ans	M	4 ans	1an	1an	Médecine oncologique
AS 5	42 ans	F	7 ans	3 ans	3 ans	Radiothérapie Médecine oncologique
AS 6	34 ans	F	8 ans	8 ans	8 ans	Radiothérapie Médecine oncologique

Talons identitaires des IDE questionné(e)s

	Age	Sexe	Ancienneté IDE	Ancienneté dans le service	Ancienneté en cancérologie	Spécialité du service
IDE1	24 ans	F	2.5 ans	2.5 ans	2.5 ans	Médecine oncologique
IDE 2	52 ans	F	21 ans	4 ans	20 ans	Médecine oncologique
IDE 3	33 ans	F	3 ans	3 ans	3 ans	Chirurgie oncologique ORL
IDE 4	25 ans	F	2.5 ans	2.5 ans	2.5 ans	Médecine oncologique
IDE 5	30 ans	F	8 ans	5 ans	5 ans	Radiothérapie Médecine oncologique
IDE 6	32 ans	F	1.5 ans	1.5 ans	1.5 ans	Radiothérapie Médecine oncologique

Les couleurs permettent d'identifier les deux lieux d'enquête :

CLCC
Hôpital public

Annexe 10 : Retranscription de l'entretien de la cadre de santé 3

Bonjour, comme je vous l'avais spécifié dans mon mail, je me nomme Catherine ROUESNE. Je suis étudiante cadre de santé à l'Ecole Supérieure Montsouris. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur le rôle du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des soignants en oncologie. L'objet de cet entretien est de recueillir votre opinion personnelle dans l'anonymat et la confidentialité.

Cet entretien durera environ quarante-cinq minutes.

Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterais enregistrer nos échanges. Etes-vous d'accord?

Merci

Dans un premier temps, je vous poserai quelques questions concernant votre identité professionnelle puis dans un deuxième temps concernant le thème de ma recherche.

Tout d'abord, quelle est votre fonction ? Je suis cadre de santé

En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? Depuis 2009

Quel est votre âge ? euhhhh 50 ans

Quelle est votre ancienneté dans le service ? Depuis que je suis diplômée depuis 2009 soit 7 ans

Quelle est votre ancienneté en oncologie ? 7ans avant j'étais infirmière en réa

Quelle est la spécialité du service ? Ici radiothérapie mais je suis cadre du service d'oncologie médicale. Là je remplace ma collègue en arrêt maladie

Je vais maintenant aborder les questions concernant le thème de mon mémoire.

Savez-vous ce que sont les risques psychosociaux ?

C'est dans l'air du temps, en terme de conditions de travail, c'est le stress, l'agressivité, le burn out, le harcèlement de toutes sortes qui est très médiatisé qui va même jusqu'au suicide comme celui du cardiologue en décembre dernier. Ça peut venir de pleins de choses : le boulot, la vie personnelle, c'est multifactoriel. Ca concerne aussi l'effectif par rapport au nombre de patient par IDE.

Vous employez le terme multifactoriel. D'après vous, quels sont les facteurs favorisant l'apparition des RPS et du burn out des soignants?

Le sous-effectif chronique.

Le matériel non adapté, quand il n'y a jamais ce qu'il faut et qu'il faut courir partout. En termes de manutention de patient surtout pour des patients fragiles.

Très bien et plus spécifiquement, d'après vous, quels sont les facteurs favorisant en oncologie ?

Des espaces de paroles inexistantes pour les soignants.

La pathologie potentiellement mortelle. Cette spécialité peut ne pas convenir à certains soignants et en tant que cadre il faut être vigilant dès le recrutement.

En plus, les secteurs d'oncologie ne font pas que du traitement, on prend en charge les patients et cela comprend les effets secondaires, les complications, l'arrêt des traitements et la fin de vie et donc si on n'accompagne pas les soignants dans la prise en charge de ces patients, l'équipe peut vite s'épuiser et en souffrir.

Vous évoquez la prise en charge des patients. Mais concernant la prise en charge des soignants, existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au niveau de votre établissement ?

Oui il y a eu une campagne il y a quelque temps sur les PRS c'était pour sensibiliser les agents. Cela avait été remis dans les fiches de paies.

A XXX (nom de l'établissement), la médecine du travail s'implique énormément. Notamment avec la mise en place de séance de sophrologie. C'est par le biais de la médecine du travail puisqu'il faut déjà une rencontre avec le médecin du travail. C'est donc une porte ouverte. Ce serait intéressant pour toi que tu le rencontres.

Oui effectivement, auriez-vous ces coordonnées ?

Ouais je te les donnerais à la fin de l'entretien sans problème.

Il y a aussi une psychologue du travail. Je pense qu'elle doit travailler en lien avec la médecine du travail.

Au sein du service de médecine on a mis en place des groupes de « réflexion clinique ». En fait, c'est des sortes de groupes de paroles pour débriefer avec un psychologue de l'hôpital qui n'est pas la psychologue du service. L'équipe ne voulait pas débriefer avec la psychologue du service, il voulait quelqu'un d'étranger au service. J'ai trouvé que c'était pas mal. Tous les médecins et les paramédicaux sont conviés. Je voulais l'appeler « groupe de paroles » mais

certain agents étaient gênés par ce mot car ils ne voulaient pas que ce soit un déversoir. On a donc choisi ensemble « réflexion clinique », c'est pas mal. On y parle des cas difficiles.

C'est un staff en quelques sortes ?

Non, les staffs sont hebdomadaires tous les lundis à 14h où l'on debrief des cas des patients hospitalisés dans le service ou sont présents les soins de support : assistante sociale, psychologue et kiné. On laisse la parole aux paramédicaux, c'est eux qui donnent le ton.

Alors que dans les groupes de réflexion clinique on peut parler de tout ce qui nous a touchés, des situations qui ont été difficiles à vivre pour les soignants, plus personnel. Le staff c'est plus dans l'explicitation de la prise en charge, où on se situe dans son parcours de soins, pourquoi on fait tel thérapeutique, le devenir, pourquoi on s'acharne. Discuter avec les médecins pour comprendre les enjeux et toutes les problématiques et les choix thérapeutiques.

Très bien, nous avons parlé des RPS et pour vous plus particulièrement, qu'est-ce que le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?

Heu

Vous pouvez me donner votre définition ou des mots clefs

Il s'agit de la personne, le professionnel. L'agent qui est vite excédé, qui se met à pleurer dans des situations pour lequel il n'aurait jamais pleuré habituellement. Il est fatigué même quand il revient de repos et pas parce qu'il a fait la fête. Ça se voit, ça se sent dans le comportement en fait. Même avec ses collègues, ça peut partir au quart de tour ou au contraire, il peut les ignorer. Ça ne vient pas d'un coup, et puis oui souvent, avec le temps il y a une démotivation totale de l'agent. Et le plus souvent, ils ne s'en rendent même pas compte. A plusieurs reprises, j'ai dû en diriger vers la médecine du travail.

Ça fait partie du rôle du cadre.

Donc si j'entends bien la prévention du SEPS fait partie de votre rôle. Pouvez-vous préciser ?

Oui pour moi ça fait partie de mes missions. C'est veiller à la sécurité et à la qualité des soins pour le patient et c'est aussi veiller sur l'équipe, les agents. Oui, pour moi ça fait partie intégrante de mes missions. Veiller au bien-être au travail ça fait partie du rôle du manager, voilà.

OK très bien et selon vous quels moyens et actions peut mettre en œuvre un collaborateur afin de prévenir cette apparition ?

Le collaborateur ?

Oui l'agent : AS ou IDE

En fait, ça dépend de son degré de maturité car souvent les agents ne s'en rendent pas compte. A chaque situation c'est moi ou ma collègue cadre qui alertons l'agent et pas l'inverse.

Qu'entendez-vous par degré de maturité ? est-ce en terme d'ancienneté professionnelle ?

Non je ne pense pas que ce soit une histoire d'âge ou d'ancienneté, c'est une question de maturité tout court. De se rendre compte qu'on a des difficultés c pas donné à tout le monde, qu'on ait 20 ans ou 50 ans. Il n'y a pas d'âge pour moi. Ils y a des gens qui occultent totalement et ça fait peut être partie de nos mécanismes de défenses. Tout simplement ne pas se dire les choses.

Ne pas se dire les choses ? Qu'entendez-vous par là ?

Ben comme le déni de la situation. C'est une stratégie. Ça les aident peut être à avancer, à juguler les problèmes. Voilà, j'en sais rien mais à long terme c'est pas possible.

C'est dans notre rôle en tant que cadre de reprendre les agents de par leurs attitudes. Souvent c'est à ce moment-là qu'on se rend compte qu'il souffre. Pour un rien, un haussement de ton, de l'agressivité envers les collègues. Ça permet au cadre de le solliciter, de lui dire et de debriefer sur l'attitude et à ce moment la comprendre.

Comprendre c'est à dire ?

C'est en le faisant verbaliser qu'on se rend compte qu'il y a une grosse souffrance, quel qu'elle soit : professionnelle ou personnelle

Et dans ce cas, en tant que cadre de santé, que mettez-vous ou pouvez-vous mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants au sein de votre équipe?

Heuuuuuuuuuuuuuu

Vous avez déjà parlé des staffs et des groupes de réflexions cliniques qui sont en place au sein de l'équipe. Avez-vous d'autres moyens qui vous viennent à l'esprit ?

Il y a aussi la gestion des ressources humaines en termes de planning. Il y a certaines fois ce n'est pas de notre fait mais c'est veiller a toujours avoir les effectifs en nombre et d'alerter sa hiérarchie quand les problèmes perdurent et que ça va plus être possible, que les soignants commencent à s'épuiser et que ça un remplacement n'est pas alloué cela ne va plus être

tenable. Oui dans ce cas le rôle du cadre s'est savoir donner l'alerte. On alerte régulièrement. L'air de rien quand on a des arrêts, on a une équipe de suppléance mais qui ne vient pas toujours nous suppléer nous. Donc provisoirement, on va solliciter les gens présents et ça va un temps. Ils se rendent dispo mais il faut faire attention dans nos sollicitations parce qu'on peut vite les épuiser en les sollicitant un peu trop. Donc c'est à ce moment. La qu'on alerte. Moi j'alerte au niveau de ma hiérarchie en disant que jusqu'à présent on a jugulé cette absence, cette absence, cette absence mais que la, l'équipe fatigue et ce pas toujours en lien heu. Il faut aussi penser à la charge de travail dans les unités. Ça fait partie du rôle du cadre aussi de mesurer la charge en soins et l'accompagnement en termes de soins palliatifs. Et ça c'est des arguments que l'on peut ramener à notre hiérarchie qui va l'entendre plus ou moins. C'est argumenter avec des choses factuels bien sûr. Par exemple : j'ai une salle avec 12 soins palliatifs dont 7 fins de vie et un problème de personnel qui commence à être récurrent et ben la vraiment il faut nous aider et la après c'est une histoire d'arbitrage.

Qu'entendez-vous par arbitrage ?

Eh bien en matière de suppléance, il y a des demandes dans plusieurs services du pôle et c'est donc la cadre paramédicale de pôle qui va arbitrer en suppléant plus ce service ou ce service. Donc plutôt mettre des ressources dans ce service la qui en a vraiment besoin la maintenant tout de suite avant que les effectifs s'épuisent vraiment.

Votre unité de suppléance est composée d'AS et d'IDE ?

Oui et je fais des demandes pour des AS ou IDE dès que j'estime que l'équipe a besoin.

Pensez-vous qu'une catégorie soit plus touchée par le SEPS ?

Non pour moi les deux sont autant touchés.

Voyez-vous d'autres actions que vous mettez en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants au sein de votre équipe?

Oui il y a les formations et cela commencement dès nos recrutements. Il y a une période d'intégration de 1 mois pour les IDE, elles ne prennent pas leur poste comme ça. Elles sont donc accompagnées avec une infirmière référente attitrée. Dans ce parcours d'intégration il y a des formations indispensables qui sont intégrées dès le premier mois tel que la douleur, le soin palliatif, la manutention des malades et les soins de voies centrales qui sont les formations que l'on prévoit pour ces agents-là. Et après il y a tout un tas de formations possibles au cours de leur carrière.

Les nouvelles IDE arrivent toujours à bénéficier de ces 4 formations dès leur premier mois ?

Ouais on essaie quand il y a des dates qui correspondent. Généralement, elles coïncident bien avec les sorties d'école, en fait, ils ont bien goupillés ça au service formation. Quand elles sortent de l'école, on a accès à toutes ces formations lors de leur mois de recrutement, pour les jeunes DE. Si c'est pas dans le premier mois, c'est au moins dans le premier trimestre qui suis l'intégration.

C'est bien, ça leur donne des connaissances, des bonnes bases pour leur pratique professionnelle en oncologie.

Oui ça c'est la base et après c'est pendant l'entretien annuel d'évaluation qu'on voit les besoins en formation dont l'agent a besoin pour prendre le patient en onco sans le mettre en difficulté, voilà quoi. Donc on évalue un petit peu les besoins. Par rapport aux nouvelles IDE, je les vois une fois par semaine pendant leur mois d'encadrement et je trouve ça très bien. Ça me permet d'avoir un temps privilégié dès le début ou je me positionne notamment par rapport aux exigences que j'attends en tant que cadre. Cela permet d'ancrer des valeurs pro dès le début. En tant que cadre, il faut être clair, transparent et cash car les non-dits sont parfois sources de conflit.

Effectivement, et maintenant voici la dernière question : quelle est votre posture managériale pour prévenir le burn out des soignants en oncologie médicale ?

Ma posture managériale c'est être à l'écoute en fait. Car si tu es enfermé dans ton bureau, que tu prends pas la température de l'équipe, ça va pas. Régulièrement, il faut savoir passer du temps avec l'équipe car c'est dans ces moment-là ou En fait, on ne peut pas tout voir, c'est pas possible. Par contre, dans la journée c'est se donner un temps ou voir les agents parler de tout et de rien. Au minimum le matin quand j'arrive et à l'inter équipe. C'est dans ces moments pas euh euh pas formalisé ? Oui c'est ça que les choses se disent. Et c'est à ce moment-là qu'on peut intervenir et ne pas louper le coche et ça le truc c'est loupé le coche car ça peut arriver bien sûr car on n'est pas des super héros toujours présent mais il faut savoir avoir ces temps-là, non formel et après ça c'est accompagner.

Qu'entendez-vous par accompagner ?

C'est essayer d'analyser les problématiques que l'agent peut rencontrer. Pourquoi il est dans cet état en fait. Il y a des fois c'est pas que le travail, il faut pas se leurrer. Souvent le truc est juste un facteur aggravant. Ils ont bien souvent des situations personnelles qui fait qu'on arrive

pas à juguler au niveau du travail et le travail c'est la cerise sur le gâteau. En tout cas moi, j'ai rarement eu le cas d'agent qui n'était pas bien et que c'était uniquement la situation de travail. Il y a peut-être des services ou c'est le cas mais moi je n'ai jamais vu. Il y a peut-être des services où il existe une chronicité du sous-effectif et là c'est peut-être le travail qui génère ça mais moi, là depuis ma prise de poste, on est avec des conditions de travail encore acceptables sur XXX. Et souvent la vie personnelle qui se surajoute, qui s'imbrique au travail et c'est le cumul des deux le risque psychosocial. Est-ce que j'ai répondu à votre question ou est-ce que j'ai digressé ?

[Oui vous avez bien répondu à la question de votre vision de l'accompagnement.](#)

Ah aussi accompagner c'est analyser avec l'agent sa situation au mieux et avec lui car il n'y a que lui qui pourra agir. Il y en a certains qui occultent le fait et qui ne veulent pas entendre que le temps en oncologie et qu'il faut qu'ils arrêtent voilà quoi.

[Qu'entendez-vous par le temps en oncologie ?](#)

Il faut qu'ils changent de spécialité. Mais changer de spécialité ça leur coûte parce qu'ils sont bien dans l'équipe et ils ont du mal. Il y en a une qui a du mal à entendre et pourtant j'essaie. Je le fais à des moments d'échanges ou sinon il y a l'entretien d'évaluation annuel qui est souvent un moment favorable à cette discussion-là. C'est un peu les faire mûrir dans un autre projet et moi j'essaie toujours pendant cet entretien de voir si la spécialité n'est pas en train de les tuer.

[Visiblement, vous pensez à un cas en particulier, pourquoi pensez-vous que cette professionnelle devrait changer de service ?](#)

Je vois qu'elle en peut plus et ça elle ne veut pas l'entendre. C'est une bonne professionnelle mais la cancéro commence à lui peser et je pense qu'elle devrait changer pour son bien-être.

[Depuis combien d'années est-elle dans le service ?](#)

Depuis 8 ans. Il n'y a pas un nombre d'années spécifiques mais moi cette situation je l'ai vécue. J'ai travaillé de longues années en réa et c'est au moment du changement que je me suis rendue compte que c'était la spécialité qui me pesait et c'est peut-être pour ça que je suis sensible : parce que je l'ai vécue moi-même sans m'en rendre compte et personne ne m'avait alerté. Et c'est moi qui me suis rendue compte que j'avais bien fait de changer.

Et la cancéro c'est comme la réa : c'est un service où la charge émotionnelle est forte, c'est pas anodin. Il y a des liens particuliers que l'on noue avec les patients et la famille. Prendre

du recul c'est bien beau. On dit toujours, oui j'y arrive mais malheureusement il peut y avoir des situations on l'on n'y arrive plus et c'est pour ça qu'il faut être très attentif à ça en tant que manager.

[En parlant de management, utilisez-vous un type de management en particulier ?](#)

Non pas du tout, je connais certains collègues très directifs et je ne pense pas que ce soit bon. Pour moi, il n'y a pas un seul type de management à utiliser, moi je change en permanence toute la journée. Si vous pensez aux quatre types de management, je ne peux pas en choisir un en particulier. Moi, ça dépend des situations. J'utilise un type de management différent en fonction de l'agent que j'ai en face de moi et du contexte. Il faut s'adapter en fonction. En tout cas, l'agent n'est pas tout seul, je serais toujours là disponible pour l'écouter et l'entendre et je vois comment je peux l'aider dans ses démarches, voilà c'est être ouvert « à ».

[Enfin y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?](#)

Oui tu parles du burn out en oncologie et je trouve que c'est un sujet très intéressant. Mais tu le cibles uniquement pour les IDE et les AS or je pense qu'il faudrait aussi penser aux cadres car on entend souvent parler de l'isolement du cadre et ça peut être un facteur de risque. Moi j'ai de la chance car professionnellement ça ne me parle pas. C'est pourquoi je suis là depuis 7ans et que je n'ai pas demandé à bouger. On n'est pas qu'un cadre on est un collectif, ma CPP a su créer un collectif et ça me plaît ça. On se rencontre a 8 cadres et régulièrement on débrief de toutes les situations ensemble, on est vraiment une équipe de cadre, ça c'est le challenge de notre cadre sup : elle a réussi un bon tour de main. En fait, on n'est jamais seule.

[Quand vous parliez d'accompagnement pour l'équipe, en fait c'est votre CPP qui vous accompagne ?](#)

Exactement, moi j'accompagne l'équipe, mais moi aussi je suis accompagnée. C'est d'ailleurs pour ça que je suis en capacité d'accompagner les autres. C'est vrai que si t'es pas accompagnée c'est plus difficile. C'est pour ça qu'il faut que tu choisisses ton hôpital et ton service. Sinon tu es vite en difficulté. Si tu vas dans le service de cancéro de XXX (nom d'un hôpital public) c'est pas du tout la même chose et là les moyens ne sont pas les même.

Ton thème de mémoire est très intéressant mais on est dans le paradoxe tu sais.

Le paradoxe ?

C'est entendre parler des RPS des personnels et en même temps, on est dans un plan de réforme dans la diminution des moyens financiers qui dit moins d'argent dit moins de personnel. Voilà, c'est compliqué.

Effectivement.

Je vous remercie beaucoup pour cet entretien

Annexe 11 : Talons identitaires des professionnels interviewés

Talons identitaires des cadres interviewés

	Age	Sexe	Ancienneté CDS	Ancienneté dans le service	Ancienneté en cancérologie	Spécialité du service
Cadre 1	56 ans	F	8 ans	8 ans	12 ans	Médecine oncologique
Cadre 2	56 ans	F	8 ans	8 ans	35 ans	Chirurgie ORL oncologique
Cadre 3	50 ans	F	7 ans	7 ans	7 ans	Médecine oncologique
Cadre 4	47 ans	F	12 ans	8 ans	8 ans	Radiothérapie Médecine oncologique

Talon identitaire du psychologue du travail interviewé

	Age	Sexe	Ancienneté psychologue	Ancienneté psychologue du travail	Ancienneté dans l'institut	Ancienneté en cancérologie
Psychologue du travail	43 ans	F	20 ans	10 ans	4 ans	4 ans

Talon identitaire du médecin du travail interviewé

	Age	Sexe	Ancienneté médecin du travail	Ancienneté dans l'institut	Ancienneté en cancérologie
Médecin du travail	50 ans	M	20 ans	8 ans	8 ans

Les couleurs permettent d'identifier les deux lieux d'enquête :

CLCC
Hôpital public

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@15-16

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

PREVENIR L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL :
la posture managériale du cadre de santé face au syndrome d'épuisement professionnel des
soignants en oncologie

AUTEUR

Catherine ROUESNE

MOTS CLÉS

Travail, risques psychosociaux (RPS), stress,
syndrome d'épuisement professionnel soignant
(SEPS), oncologie, prévention, posture managériale

KEY WORDS

Work, psychosocial risks (PSR), stress, nursing
professionals' burn out, oncology, prevention,
managerial posture

RÉSUMÉ

Les risques psychosociaux sont apparus récemment dans nos organisations hospitalières notamment dans le contexte des réformes sanitaires successives. La problématique de l'épuisement professionnel est de plus en plus prégnante. Situation à laquelle les soignants en oncologie sont particulièrement exposés de par la complexité des situations rencontrées.

La question ici posée est celle de la stratégie managériale à adopter par le cadre de santé afin de prévenir l'épuisement professionnel des soignants en cancérologie. L'élaboration d'un cadre théorique m'a permis d'appréhender plusieurs concepts (travail, RPS, stress, SEPS, management du cadre de santé) permettant d'affiner ma problématique.

Puis, j'ai effectué une enquête de terrain au sein de services d'oncologie : entretiens pour les cadres de santé, un psychologue du travail et un médecin du travail ainsi que des questionnaires pour les infirmières et les aides-soignantes. Leur analyse confirme qu'en adaptant sa posture aux situations rencontrées en oncologie, le cadre de santé peut contribuer à prévenir le SEPS des soignants.

ABSTRACT

Psychosocial risks appeared recently in the hospital, especially with successive health reforms. The burn out issue is more and more important. Oncology nursing professionals are especially exposed to it due to the complexity of the situations they have to come across.

The question here concerns the management strategy to adopt by the health manager to prevent oncology nursing professional's burnout. The elaboration of a theoretical framework has allowed me to understand several concepts (work, PSR, stress, burn out of nursing staff and the management of the health manager) with which I was able to sharpen my reflexion.

Then, I carried out a field survey in oncology departments: it consisted in semi-guided interviews with health managers, an occupational psychologist and an occupational physician, and in questionnaires with nurses and nursing aids. The analysis of the results confirms that adapting posture to the several situations he has to face in an oncology unit, the health manager can contribute to the prevention of nursing staff burnout.