



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Directeur d'établissement
sanitaire et social public**

Promotion : **2006 - 2007**

Date du Jury : **Décembre 2007**

Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants

**l'exemple de la Maison de retraite
intercommunale de Fontenay-sous-Bois**

Mélanie JULLIAN

Remerciements

Mes remerciements vont tout d'abord à Monsieur TOURISSEAU, directeur de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois et à Madame KLEIN-FEILLENS, directrice des ressources humaines, qui a assuré la direction de mon stage, pour la confiance qu'ils m'ont témoignée ainsi que pour l'accueil qu'ils m'ont réservé au cours de ces huit mois de stage.

Je souhaite également remercier Monsieur GUYOMAR, directeur des services économiques et des travaux pour m'avoir associée au projet de reconstruction du site de la Dame Blanche.

Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Monsieur MENARD, directeur des soins, et à Madame GIRAUD, cadre supérieur de santé, pour m'avoir consacré, en toutes circonstances, un temps précieux ainsi que pour leur contribution par leurs expériences et témoignages à ce mémoire.

Je remercie également Madame TEISSEIRE, médecin du travail, et Monsieur CHARDON, psychologue, pour leurs précieux témoignages.

Je ne saurai oublier les aides-soignants, aides médico-psychologiques et les infirmiers de la maison de retraite qui, par leurs témoignages, ont enrichi ce mémoire de leur vécu.

Enfin, je remercie l'ensemble du personnel de l'établissement pour la chaleur de son accueil et sa disponibilité.

Sommaire

Introduction	1
1 Le syndrome d'épuisement professionnel : un concept spécifique faisant aujourd'hui l'objet d'études au sein du personnel soignant	5
1.1 L'émergence d'un concept spécifique.....	5
1.1.1 La naissance du concept de « burn out syndrome»	5
1.1.2 La spécificité du syndrome d'épuisement professionnel aujourd'hui clairement défini	6
1.2 Les manifestations d'un syndrome aujourd'hui objet d'études au sein du personnel soignant.....	8
1.2.1 Les manifestations du syndrome d'épuisement professionnel	9
1.2.2 Un syndrome aujourd'hui objet d'études au sein du personnel soignant.....	10
2 Examen de la situation au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois	15
2.1 Le travail des soignants à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois : une mission à mener dans un environnement complexe	15
2.1.1 Le travail des soignants à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay- sous-Bois.....	15
2.1.2 Un environnement de travail complexe.....	20
2.2 La réalité de la charge de travail des soignants au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois et ses conséquences en terme d'épuisement professionnel	22
2.2.1 La charge de travail	22
2.2.2 Des manifestations concrètes d'épuisement professionnel.....	26
2.3 Analyse de l'épuisement professionnel des soignants au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois	28
2.3.1 Les indicateurs de l'épuisement professionnel	28
2.3.2 Les multiples facteurs de l'épuisement professionnel.....	29
2.3.3 Les conséquences de l'épuisement professionnel	36

3 Les stratégies d'action du directeur pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants.....	39
3.1 L'importance d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel dans un contexte de vieillissement de la population soignante.....	39
3.2 L'amélioration des actions déjà engagées en vue d'ancrer une politique forte de prévention du risque d'épuisement professionnel	40
3.2.1 Poursuivre et adapter l'équipement en matériel destiné à réduire la charge physique de travail	41
3.2.2 Mettre en place un système d'évaluation des formations et privilégier les plus performantes en terme de prévention de l'épuisement professionnel.....	43
3.2.3 Valoriser le groupe de parole et l'étendre à l'ensemble du personnel.....	45
3.3 De nouvelles pistes de réflexion à explorer.....	47
3.3.1 Identifier et sensibiliser des acteurs clés dans la prévention de l'épuisement professionnel	47
3.3.2 Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire	48
3.3.3 Mettre en place une organisation favorisant le partage d'information	50
3.3.4 Privilégier une démarche participative du personnel dans la gestion de projet....	51
Conclusion	55
Bibliographie.....	57
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

APA	Allocation Personnalisée pour l'Autonomie
CHSCT	Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
GIR	Groupe Iso-ressources
GMP	Gir Moyen Pondéré
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
PRESST	Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail
PSI	Plan de Soins Informatisé
TMS	Troubles Musculo-squelettiques

Introduction

L'instauration de conventions tripartites conclues entre les EHPAD, les départements (financeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie : APA) et l'assurance maladie (qui assure la prise en charge des soins médicaux aux personnes âgées) a permis de délivrer aux personnes âgées des soins et des services de meilleure qualité. Cet engagement dans une démarche qualité ressort aujourd'hui fortement des négociations que mènent les directeurs d'EHPAD avec les autorités de contrôle concernant le renouvellement des premières conventions tripartites signées en 2002. Le personnel soignant des maisons de retraite a dû faire face à ces nouvelles exigences sans que ses efforts soient réellement reconnus.

Le travail des soignants au sein d'une maison de retraite consiste principalement à prendre soin des personnes âgées et à les accompagner. Les soignants sont fiers de leur mission et apprécient pour la plupart l'utilité de leur tâche auprès de résidents de plus en plus dépendants. Cependant, leur métier, qui requiert compétence et initiative, se caractérise par sa complexité et sa pénibilité. Cette pénibilité des tâches quotidiennement effectuées par les soignants en maison de retraite est une source de souffrances et d'insatisfactions.

Cette situation a été mise en évidence par l'étude PRESST¹ (Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au Travail) menée en France auprès de 5376 soignants de centres hospitaliers généraux, d'hôpitaux locaux, d'établissements accueillant des personnes handicapées et de maisons de retraite. L'étude PRESST constitue le volet français de l'étude scientifique européenne NEXT (Nurses' Early Exit Study) dont l'objectif est d'analyser les raisons qui conduisent les professionnels paramédicaux à quitter prématurément leur profession. Les 228 soignants de quatorze maisons de retraite publiques et privées réparties dans cinq régions² ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé dans le cadre de cette étude. Les conclusions de cette dernière montrent que la situation apparaît plus difficile pour les soignants exerçant en maison de retraite que pour le reste de l'échantillon. De plus, l'étude PRESST permet de mettre en évidence les différents motifs d'insatisfaction du personnel soignant en

¹ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., DUVILLE N., 2005, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » [en ligne], disponible sur internet : <http://www.presst-next.com>.

² Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Ile-de-France.

maison de retraite et notamment le sentiment de mal faire un métier qu'ils aiment, souvent par manque de temps et d'effectifs.

En outre, l'image négative des hospices d'autrefois est encore présente aujourd'hui au sein de la population française. Cette image, dont les maisons de retraite publiques ont du mal à se défaire, participe aussi au phénomène de souffrance des soignants des maisons de retraite.

J'ai pu constater une certaine fatigue et insatisfaction des aides-soignants, aides-médico-psychologiques et des infirmiers lors de mon stage de professionnalisation à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, EHPAD de 257 lits situé dans le département du Val-de-Marne. J'ai été interpellée par l'expression de l'insatisfaction, de la fatigue et de la souffrance que certains soignants expriment notamment par des plaintes sur le manque d'effectifs, sur la charge physique de travail ou encore par des demandes de changements de services au sein de l'établissement.

Aussi, j'ai voulu comprendre les manifestations, les motifs, les instruments de mesure et les conséquences de cette souffrance pouvant, dans certains cas, entraîner des situations d'épuisement professionnel. J'ai également cherché à explorer des stratégies d'actions destinées à prévenir cet épuisement.

En effet, il me semble important qu'un directeur d'EHPAD cherche à identifier le risque d'épuisement professionnel et à en prévenir les conséquences pour gérer de façon dynamique les ressources humaines de son établissement. En outre, ces actions destinées à améliorer les conditions de travail vont de pair avec l'amélioration de la prise en charge des résidents. En effet, la satisfaction au travail des soignants contribue à l'amélioration de la qualité des soins et de l'accompagnement au sein des EHPAD.

Mon étude a eu pour cadre la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois. Les Agents des services hospitaliers (ASH) ayant, au sein de cet établissement, des fonctions spécifiques principalement liées à l'entretien des locaux et à la gestion du linge des résidents, mon travail s'est concentré sur l'épuisement professionnel des aides-soignants, aides médico-psychologiques et des infirmiers.

La méthode utilisée pour répondre à l'objectif du présent mémoire repose sur des recherches bibliographiques, la consultation de documents internes à l'établissement (plans de formation, chiffres retraçant l'absentéisme), des observations issues de réunions et notamment de celles que j'ai organisées avec les soignants travaillant au sein

de deux unités accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées en vue de mener une réflexion d'équipe autour de la rédaction d'un projet de vie. Les données ainsi recueillies ont été enrichies par la conduite d'une vingtaine d'entretiens que j'ai menés auprès des professionnels de l'établissement³, mais aussi avec le psychologue extérieur qui anime un groupe de parole destinés aux soignants de certains services de la maison de retraite. Ces entretiens semi-directifs ont favorisé la production d'un discours relativement libre de la part des personnes enquêtées. Ils ont fait l'objet, préalablement à leur déroulement, de la construction d'un guide d'entretiens⁴. Des fragments de ces échanges ont été intégrés dans le corps du mémoire afin d'apporter des éclairages concrets (vécus, témoignages de soignants et de professionnels travaillant auprès d'eux) pour mieux ancrer cette étude à la réalité du terrain.

Les données ainsi collectées sur le terrain permettent de mieux comprendre l'origine de l'épuisement professionnel des soignants. Ainsi, après un retour consacré à présenter ce que recouvre le syndrome d'épuisement professionnel (première partie), la seconde partie s'attachera à l'analyse des situations de souffrance et d'épuisement professionnel des soignants au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois. Enfin, seront présentées dans une troisième partie, les stratégies d'action pouvant être envisagées par le directeur afin de prévenir l'épuisement professionnel des soignants.

³ Entretiens réalisés auprès de plusieurs professionnels de l'établissement confrontés au problème de l'épuisement professionnel des soignants : directeur des soins, cadre supérieur de santé, médecin du travail, aides-soignants, aides médico-psychologiques, infirmiers. Liste des personnes rencontrées en annexe V.

⁴ Guides d'entretien en annexes I, II, III, IV.

1 Le syndrome d'épuisement professionnel : un concept spécifique faisant aujourd'hui l'objet d'études au sein du personnel soignant

1.1 L'émergence d'un concept spécifique

1.1.1 La naissance du concept de « burn out syndrome »

Si le concept « burn out syndrome » a réellement vu le jour en tant que problème social aux Etats-Unis durant la décennie 70, la notion de fatigue au travail, qui lui est proche, a été décrite en France dès la fin des années 50.

A la fin de la décennie 50 en France, des précurseurs vont envisager la fatigue au travail sous des descriptions variées mais assez proches telles que le surmenage intellectuel, ou les états d'épuisement. Ainsi Claude VEIL écrit en 1959 à propos des états d'épuisement professionnel au travail, dans le Concours Médical, sous le titre Primum non nocere : « 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, c'est dans la décennie 70 aux Etats-Unis que le concept de « burn out syndrome » naît véritablement. Ce dernier s'est développé grâce aux travaux menés par Herbert FREUDENBERGER et Christina MASLACH.

En 1970, Herbert FREUDENBERGER était psychiatre, et psychanalyste dans une « free clinic » prenant en charge des toxicomanes aux Etats-Unis. Cette structure offrait des horaires d'accueil différents des autres établissements et exigeait une grande disponibilité des soignants. Ainsi, sous l'effet de la tension produite par le travail et par l'engagement extrême qu'il demandait, Herbert FREUDENBERGER a pu observer l'installation d'une fatigue progressive ainsi que des troubles de la conduite et de l'humeur chez une partie des soignants travaillant auprès de toxicomanes de cette « free clinic ». Ceci l'a amené à utiliser, dès 1970, dans ses écrits le terme de « burn out » pour caractériser l'état mental de ces soignants. Pour justifier ce terme, il a dit en 1980 : « je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que 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 ». Les travaux de H. FREUDENBERGER ont permis de mettre en évidence certaines particularités des signes du syndrome d'épuisement professionnel et d'attirer l'attention sur le terme de « burn out » qui décrit un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie ou de la psychologie classique n'arrivait précédemment à décrire. De plus, H. FREUDENBERGER a clairement identifié ce syndrome comme touchant des personnes engagées dans une relation d'aide. Enfin, il a également montré que cet épuisement était la résultante de troubles survenant progressivement.

Vers 1975, le chercheur Christina MASLACH a confirmé cette observation et a utilisé le terme « burn out syndrome » concernant des professionnels du sauvetage et des urgentistes. A l'époque, ce terme a été utilisé pour décrire l'attitude « cynique, insensible et négative » observés chez certains soignants vis à vis de personnes qu'ils prenaient en charge. Les travaux de Christina MASLACH lui ont permis d'élaborer, en 1981, un instrument de mesure du burn out : le « Maslach burn out inventory » (MBI)⁵.

1.1.2 La spécificité du syndrome d'épuisement professionnel aujourd'hui clairement défini

Le terme de « burn out syndrome » a donné lieu à de nombreuses définitions qui ont permis d'isoler ses principales caractéristiques. Il existe actuellement trois expressions pour nommer ce syndrome.

Tout d'abord le terme anglo-saxon de « burn out syndrome » évoque une combustion totale, la réduction en cendres d'un objet entièrement consumé dont toute la matière aurait disparu. Ce terme s'inspire de l'industrie aérospatiale. Il désigne « la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque de bris de la machine ». Noëlle GIRAULT-LIDVAN, psychologue, se base sur cette définition en proposant de traduire « burn out » par « carbonisation psychologique »⁶. En effet, comme les fusées, les personnes victimes du « burn out » sont au bord de la rupture. Ensuite, au Japon, pays réputé peu tendre pour ses salariés, il est actuellement connu sous le terme « kaloshi ». En japonais, ce terme violent, signifiant « mort par la fatigue au travail », suggère que l'usure peut aboutir à la mort de l'individu. Enfin, le terme français de

⁵ MASLACH C., JACKSON S.E, 1996, *Maslach Burn Out Inventory Manual*, 3rd edition, Palo Alto : Consulting psychologist press.

⁶ BONNET M., MACREZ P., avril 2004, « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'infirmière*, n°100, p.19.

syndrome d'épuisement professionnel est moins brutal que les formules anglo-saxonnes et nippones.

Ce syndrome caractérise plus spécifiquement les professions d'assistance, de conseil ou plus généralement de contact, donc tous ceux qui sont impliqués dans une relation professionnelle inter-individuelle et dont le résultat est important pour le bénéficiaire. La profession soignante, dont l'essence même est d'assister et de prendre soin, est particulièrement touchée par ce syndrome. On constate en effet que ce terme est désormais devenu populaire dans le domaine hospitalier.

C. MASLACH et S.E JACKSON ont étudié le syndrome d'épuisement professionnel selon une approche quantitative qui a abouti à l'élaboration d'un outil d'évaluation, le Maslach Burn out Inventory, communément nommé MBI⁷. En créant cet outil, ils ont défini ce syndrome selon trois critères : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte de sens de l'accomplissement personnel au travail. La description de ces trois critères permet, d'une part de déceler le syndrome et, d'autre part, de comprendre son installation et sa progression chez l'individu.

Tout d'abord, l'épuisement émotionnel se manifeste aussi bien physiquement que psychiquement. L'individu ressent cet épuisement en ayant le sentiment d'être « vidé », mais également sous la forme d'une fatigue affective au travail, et d'une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre. Cet état d'épuisement émotionnel se caractérise par un niveau de saturation émotionnelle chez l'individu qui n'est plus capable d'accueillir une émotion nouvelle. Ses principales manifestations sont l'irritabilité, des crises de larme ou de colère, un refus d'agir ou de répondre à une demande même anodine. Cet épuisement émotionnel se double souvent d'un sentiment de vide et de fatigue que les moments de repos peinent à améliorer.

Ensuite, la déshumanisation de la relation à l'autre constitue le noyau dur du syndrome. Cette dimension se caractérise par la perte de la qualité relationnelle dans les rapports interpersonnels. On constate une réification de l'individu pris en charge par le soignant. Il s'agit d'une mise à distance de la personne dont le soignant prend soin qui va être stigmatisée par l'utilisation d'une sorte d'humour grinçant ou noir dans les échanges quotidiens. Cette déshumanisation de la relation à l'autre traduit une forme de sécheresse

⁷ MASLACH C., JACKSON S.E, 1996, *Maslach Burn Out Inventory Manual*, 3rd édition, Palo Alto : Consulting psychologist press.

relationnelle qui correspond à un mode de défense psychologique. Elle peut aboutir à ce que des psychologues américains ont appelé le « John Wayne syndrome » (cow-boy solitaire et invulnérable à toute émotion). Cette mise à distance de l'autre se fait à l'insu du soignant et malgré lui. Cependant, elle est souvent ressentie comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.

Enfin, la diminution de l'accomplissement personnel, conséquence des deux autres dimensions est douloureusement vécue par les soignants. Elle peut s'exprimer par un sentiment de ne pas être efficace, de ne plus savoir aider les gens, d'être frustré dans son travail. En effet, la relation à l'autre constitue la principale motivation dans le choix d'exercer la profession soignante. Or, face à la déshumanisation de la relation à l'autre, le soignant ressent un sentiment d'échec. Il doute de ses capacités à aller vers l'autre, ce qui entraîne une dévalorisation de soi et une démotivation dans le travail. Les soignants réagissent différemment à ces difficultés. Si on constate chez la plupart d'entre eux un désinvestissement dans le travail, d'autres, au contraire, ont tendance à passer plus de temps dans leur service tout en devenant sans s'en rendre compte, de moins en moins efficace.

Ainsi, l'épuisement professionnel apparaît comme un syndrome à trois dimensions comprenant un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation à l'autre et une baisse du sentiment d'accomplissement professionnel.

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants se manifeste par des symptômes somatiques, psychiques et comportementaux polymorphes. En outre, il fait aujourd'hui l'objet de plusieurs études au sein du personnel soignant.

1.2 Les manifestations d'un syndrome aujourd'hui objet d'études au sein du personnel soignant

Le syndrome d'épuisement professionnel présente des caractéristiques à la fois somatiques, psychiques et comportementales. Il est, aujourd'hui, particulièrement présent au sein de la population soignante. En effet, concernant le « syndrome d'épuisement professionnel des soignants », le docteur CANOÛ⁸ n'hésite pas à parler « d'épidémie à

⁸ CANOÛ P., MAURANGES A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Editions Masson, p.198.

forte contagion ». Ainsi, des études épidémiologiques et d'évaluation réalisées avec des outils méthodologiques fiables montrent que 25 à 40 % des soignants seraient épuisés. Face à ce constat, plusieurs études ont cherché à analyser ce phénomène au sein du personnel soignant.

1.2.1 Les manifestations du syndrome d'épuisement professionnel

Les signes cliniques du syndrome d'épuisement professionnel sont des symptômes physiques, psychiques et comportementaux variés mais non spécifiques. En effet, peu d'éléments distinguent ces symptômes de ceux que l'on peut observer dans l'état anxieux et dépressif dû au stress.

Sur le plan physique, le syndrome d'épuisement professionnel se manifeste principalement par une fatigue chronique avec une diminution d'énergie. Les signes organiques prennent aussi la forme de migraines, de troubles du sommeil ou digestifs, ou des infections rhinopharyngées répétées. On peut également constater des troubles du comportement alimentaire accompagnés d'une transformation corporelle (amaigrissement ou prise de poids excessive).

Sur le plan psychique, on trouve principalement des signes émotionnels tels que l'irritabilité, l'ennui, l'anxiété ou l'apathie. La labilité émotionnelle faisant passer du rire aux larmes est souvent présente. En outre, des troubles de l'attention, de la mémoire et même du jugement peuvent également se manifester.

Au plan comportemental, la surcharge émotionnelle entraîne une sensibilité accrue aux frustrations. Certains soignants présentant un syndrome d'épuisement professionnel peuvent se mettre facilement en colère et exagérer le sentiment ressenti. D'autres, développent une attitude de retrait et de méfiance généralisée. On peut constater chez les individus en proie à ces troubles une tendance à faire usage d'alcool et/ou de psychotropes afin de faire face aux difficultés relationnelles. De façon générale, deux comportements opposés sont observés. L'un consiste à fuir le travail en ayant fréquemment recours aux arrêts maladie. L'autre se traduit par une hyperactivité.

Ces symptômes ne sont pas toujours compris par l'entourage professionnel du soignant, ce qui entraîne des tensions entre collègues au sein des équipes de travail. Les répercussions sont également visibles dans le cercle privé et familial où la personne épuisée peut aussi se retrouver en difficulté.

1.2.2 Un syndrome aujourd'hui objet d'études au sein du personnel soignant

10 à 48 % (25 % en moyenne) des infirmières actives de pays occidentaux présentent un niveau élevé d'épuisement professionnel quelle que soit leur spécialité. Le développement de ce syndrome parmi le personnel soignant constitue aujourd'hui un problème majeur au sein des systèmes de santé. Aussi, des études tentent d'évaluer la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel ainsi que d'alerter les pouvoirs publics sur ses conséquences en matière de santé publique.

Plusieurs instruments de diagnostic et d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel des soignants ont été élaborés depuis l'apparition du concept. On distingue deux types de méthodes, les méthodes dites de « portée restreinte » et celles « à large portée »⁹.

Les méthodes de « portée restreinte » sont utilisées dans le cadre de recherches ponctuelles. Elles reposent sur des descriptions cliniques, des inventaires d'états psychologiques, et de comportements liés au travail. Ces instruments privilégient l'évaluation de l'état physique et psychologique de l'individu. Leur validité statistique demeure par conséquent limitée. A titre d'exemple, le « burn out questionnaire » de FREUDENBERGER et RICHELSON et la « staff burn out scale for health professionals » de JONES entrent dans le champ des méthodes de « portée restreinte ».

Les méthodes d'évaluation « à large portée » font quant à elles l'objet d'une analyse statistique de données. Les principales méthodes « à large portée » basées sur des échelles d'évaluation sont le « Maslach Burn Out Inventory » (MBI) de MASLACH et JACKSON, le « Burn Out Measure » (BM) de PINES et ARONSON et le « Copenhagen Burn Out Inventory » (CBI).

L'évaluation du « Burn Out Measure » a pour objet principal l'épuisement émotionnel. Il permet d'obtenir des données relatives notamment au degré de satisfaction au travail, à l'autonomie, et au taux de turn over. Cet outil se compose de vingt et une échelles parmi lesquelles quatre sont positivement connotées (être heureux, optimiste, énergique et satisfait de sa journée), tandis que les dix sept autres sont négativement connotées (sentiment d'être pris au piège au anxieux, fatigué...). Les réponses s'échelonnent selon une fréquence allant de 1 (jamais) à 7 (toujours).

⁹ Selon N. GIRAULT-LIDVAN, psychosociologue.

Le « Maslach Burn Out Inventory » appréhende le syndrome d'épuisement professionnel des soignants dans ses trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte de sentiment d'accomplissement de soi. Il constitue aujourd'hui le meilleur instrument d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Il se compose de vingt deux items répartis sur trois sous-échelles¹⁰ correspondant à chacune des dimensions du syndrome, et s'évalue selon deux critères : un critère de fréquence côté de 0 à 6 (de jamais à chaque jour), et un critère d'intensité côté de 1 à 7 (de très peu à énormément). L'analyse de ces échelles permet de déceler un niveau élevé de burn out en présence de scores élevés sur les sous-échelles « épuisement émotionnel » et « déshumanisation » associés à un faible score sur l'échelle « accomplissement personnel ».

Le « Copenhagen Burn Out Inventory » a été développé au Danemark¹¹ en vue de mieux caractériser la notion de stress en milieu de travail. Cet outil permettant de mesurer l'épuisement professionnel dans tous les types de profession évalue le « burn out » imputable à des raisons personnelles, au travail effectué et à la relation d'aide. Il repose sur un questionnaire comprenant cinq groupes de questions visant à obtenir des données quantitatives, émotionnelles, cognitives et sensorielles.

Ainsi, de nombreux outils permettent actuellement de mesurer la souffrance des soignants au travail. Ils dotent l'étude du syndrome d'une méthodologie rigoureuse et l'agrémentent de données épidémiologiques.

Dans les années 80 et 90, l'analyse du syndrome d'épuisement professionnel des soignants s'est focalisée sur les personnels hospitaliers travaillant dans des services lourds, comme ceux de cancérologie, et côtoyant régulièrement la mort. Elle a mis en évidence « le deuil des soignants », c'est à dire le travail de deuil perpétuel qu'ils sont amenés à accomplir¹². Toutefois, peu d'études se sont intéressées à la souffrance du personnel soignant exerçant en maison de retraite.

¹⁰ FONTAINE a traduit ces échelles en 1985. N. GIRAULT-LIDVAN a également traduit le MBI que l'on peut étudier dans sa thèse de doctorat soutenue en novembre 1989 « Burn Out : émergence et stratégies d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence ».

¹¹ BORRITZ M., CHRISTENSEN K., KRISTENSEN T., VILLADSEN E., september 2005, " The Copenhagen Burnout Inventory : a new tool for the assessment of burn out ", *Work and stress*, vol.19, pp.192-207.

¹² GOLDENBERG E., 1988, «Aider les soignants en souffrance», *JALMALV*, n°14, p.3-13.

L'étude Presst-Next¹³, menée entre 2002 et 2004 dont les résultats ont été présentés en 2005 lors d'un colloque intitulé « Santé et satisfaction des soignants en France et en Europe. Prévention des départs prématurés de la profession. », contribue à comprendre l'insatisfaction et l'épuisement professionnel des soignants et particulièrement de ceux exerçant en maison de retraite.

L'étude PRESST¹⁴ a été menée en France auprès de 5376 soignants de centres hospitaliers généraux, d'hôpitaux locaux, d'établissements accueillant des personnes handicapées et de maisons de retraite. L'étude PRESST constitue le volet français de l'étude scientifique européenne NEXT¹⁵ menée dans les pays suivants : l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, la France, l'Italie, les Pays Bas, le Royaume Uni, la Suède, la Norvège, la Pologne et la Slovaquie. Son objectif est d'analyser pourquoi et comment les professionnels paramédicaux quittent prématurément leur profession, afin de fournir des bases d'action pour améliorer la santé au travail, et favoriser le maintien de la capacité professionnelle des soignants.

Concernant la méthodologie employée, un questionnaire a été élaboré. Il comporte plus de 100 questions couvrant des thèmes aussi variés que le cursus professionnel, les caractéristiques du poste, l'organisation du travail, le fonctionnement des collectifs de travail, et les souhaits concernant l'avenir professionnel. Le Copenhagen Burn Out Inventory (CBI), qui analyse tant l'épuisement physique que psychologique, a été utilisé par l'ensemble des pays. Les équipes françaises et suédoises ont ajouté le Maslach Burn Out Inventory (MBI) qui met en évidence l'épuisement émotionnel. Les dix équipes européennes ont sélectionné des établissements de santé et médico-sociaux publics et privés en fonction de leur représentation dans la structure du système de santé de leur pays. Les questionnaires ont été distribués de façon anonyme. En France, il a ainsi été décidé de livrer des enveloppes fermées aux établissements chargés de les adresser, par courrier, au domicile des personnes interrogées. Un deuxième questionnaire a été transmis douze mois après le premier à tous les soignants restés dans la même institution. Par ailleurs, tout soignant quittant l'établissement au cours des douze mois suivant l'envoi du premier questionnaire a également reçu un deuxième questionnaire spécifique.

¹³ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., DUVILLE N., 2005, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » [en ligne], disponible sur internet : <http://www.prest-next.com>.

¹⁴ Promouvoir en Europe Santé et Satisfaction des Soignants au travail.

¹⁵ Nurses' Early Exit Study.

L'échantillon français a été choisi par un comité de suivi de l'étude PRESST, créé en 2002 et composé de représentants institutionnels, de chercheurs, de représentants des personnels des établissements de santé et de représentants des fédérations d'établissements. Ce comité a, en outre, suivi le taux de réponse, l'analyse des résultats, les rapports et les publications de diffusion des résultats. En France, 228 soignants de quatorze maisons de retraite publiques et privées réparties dans cinq régions (Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon, Poitou-Charentes, Haute-Normandie, Ile-de-France) ont répondu au questionnaire qui leur a été adressé.

Les conclusions de l'étude¹⁶ montrent que la situation apparaît plus difficile pour les soignants exerçant en maison de retraite que pour le reste de l'échantillon. En effet, les soignants des maisons de retraite sont 18,3% à avoir un fort épuisement contre 15,9% de l'ensemble des soignants français. Ceci peut s'expliquer par plusieurs facteurs et notamment par la confrontation à des situations sociales et médicales souvent difficiles, mais également par le poids de la responsabilité de personnes âgées dépendantes souvent démentes et souffrant de poly-pathologies.

De plus, l'étude PRESST a permis de mettre en évidence les motifs d'insatisfaction du personnel soignant en maison de retraite. Ceux-ci par ordre d'importance décroissant sont les suivants : le manque de soutien psychologique au travail, les conditions physiques de travail, le montant du salaire, le temps de chevauchement insuffisant entre les équipes pour effectuer des transmissions de qualité et le sentiment de ne pas bien faire son travail souvent par manque de temps et d'effectifs. En effet, il ressort des réponses que les soignants des maisons de retraite sont les plus nombreux (39,6% contre 28% de l'ensemble de l'échantillon) à déclarer ne « presque jamais » ou « rarement » avoir le temps de parler aux patients. De même, la réalisation de soins « en série » et de façon impersonnelle est source de frustration et de culpabilité.

¹⁶ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, p.108.

2 Examen de la situation au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois

2.1 Le travail des soignants à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois : une mission à mener dans un environnement complexe

Comme le souligne C. BADEY-RODRIGUEZ, le travail en gérontologie « expose tous les jours à une demande relationnelle, quantitative et qualitative, à laquelle on ne peut jamais répondre (...). En gérontologie, s'occuper de la qualité de vie des personnes âgées, c'est aussi prendre en compte les conditions de travail des soignants »¹⁷.

Il convient tout d'abord de décrire le travail des soignants de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, ainsi que l'environnement dans lequel il est organisé.

2.1.1 Le travail des soignants à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois

A) Présentation de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois

Fondée en 1887, la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois a été le premier hospice créé en France par l'association de plusieurs communes (Fontenay-sous-Bois, Montreuil, Vincennes et Saint-Mandé). Cet établissement, devenu un EHPAD suite à la signature d'une convention tripartite en 2002 avec le Conseil Général du Val-de-Marne (financeur de l'allocation personnalisée d'autonomie : APA) et le Préfet du Val-de-Marne (l'autorité compétente pour l'assurance maladie concernant la prise en charge des soins médicaux aux personnes âgées), est un établissement public autonome intercommunal régi par la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 modifiée par la Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002¹⁸. Il faut par ailleurs noter que l'établissement va s'engager en 2007 dans une phase d'auto évaluation dans la perspective du renouvellement de la convention tripartite signée en 2002. L'établissement accueille en priorité des personnes seules ou

¹⁷ BADEY-RODRIGUEZ C, 1997, *les personnes âgées en institution : vie ou survie. Pour une dynamique du changement*, Paris, Seris Arslan.

¹⁸ Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

des couples, âgés d'au moins 60 ans (sauf dérogation), et originaires des communes de Fontenay-sous-Bois, Montreuil, Vincennes et Saint-Mandé. Il s'agit majoritairement de femmes, âgées de 85 ans en moyenne et présentant un GMP (GIR moyen pondéré) de 729,20. En outre, les résidents de la maison de retraite sont en majorité bénéficiaire de l'aide sociale (60,7%).

L'établissement offre une prise en charge diversifiée en proposant des services d'hébergement (257 lits) se situant sur deux sites, celui d'Hector Malot (67 lits) et celui de la Dame Blanche (190 lits), au sein duquel 27 lits sont dédiés à l'accueil de personnes présentant une pathologie de type Alzheimer ou troubles apparentés. Par ailleurs, 50 places de SSIAD sont également rattachées au site d'Hector Malot. Enfin, l'EHPAD dispose d'un accueil de jour de 10 places situé sur le site de la Dame Blanche.

Concernant le tarif afférent aux soins, la Maison de Retraite Intercommunale a opté pour le tarif global. Elle dispose d'une pharmacie à usage interne et emploie trois médecins chargés des différents services de l'établissement. L'un d'entre eux assure également les missions de médecin coordonnateur.

La Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois emploie environ 341 agents, répartis comme suit : 331 agents sont rattachés à l'EHPAD, 8 au SSIAD et 2 à l'accueil de jour.

L'établissement présente la particularité d'avoir établi une convention avec deux autres établissements : Le Grand Age à Alfortville et la fondation Favier-Val de Marne à Bry-sur-Marne. Aux termes de cette convention, les personnels de direction, ainsi qu'un directeur des soins, un cadre supérieur de santé, un ingénieur et un technicien supérieur en informatique sont affectés aux trois établissements. Ces derniers mettent également en commun des emplois de personnel pour les ateliers (maintenance, entretien), l'entretien du linge personnel des résidents, la fabrication des repas et leur transport entre les établissements. Au total, une soixantaine de personnes sont aujourd'hui concernées par cette convention.

La direction de l'établissement a entamé les démarches nécessaires à la mise en place d'un Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale (GCSMS)¹⁹ afin d'approfondir la collaboration de gestion entre les trois établissements.

En outre, les locaux de l'établissement ne répondant plus aux besoins en matière de prise en charge et de confort hôtelier : locaux non conformes à l'arrêté du 26 avril 1999²⁰ avec un nombre relativement important de chambres doubles (27,6% sur le site Hector Malot et 16,5% sur celui de la Dame Blanche), l'établissement s'est lancé dans une phase importante de restructurations.

Ainsi, la maison de retraite est actuellement en phase de reconstruction. L'achèvement de la reconstruction d'un EHPAD de 228 lits sur le site Hector Malot est prévue pour le début d'année 2009. Le site de la Dame Blanche, comptant actuellement 190 lits, va également faire l'objet d'une reconstruction début 2009. Les résidents qui y sont présents déménageront sur le site Hector Malot dès que les travaux y seront terminés. Une fois ce transfert effectué, une phase de démolition et de reconstruction du site de la Dame Blanche va se dérouler en 2009 et 2010. Celui-ci disposera, à terme, d'une capacité de 100 lits et d'un accueil de jour de 10 places. En outre, l'établissement vient d'acquérir un terrain sur la commune de Montreuil dans l'objectif d'y construire un EHPAD de 90 lits à l'horizon 2010 auquel sera également rattaché un accueil de jour de 10 places.

B) Description du travail des aide-soignants, aides médico-psychologiques et des infirmiers

Les soignants qui travaillent à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois sont principalement des femmes (92% des effectifs d'aides-soignants et aides-médico-psychologiques et 90,5% des infirmiers). Leur moyenne d'âge est de 46 ans.

Les infirmiers, aides-soignants et aides médico-psychologiques qui travaillent à la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois ont des missions variées. En effet, ils participent à la prise en charge globale de la personne âgée, mais également à la préservation de son autonomie. Ils permettent à l'établissement d'être un lieu de vie pour les résidents qui y sont accueillis, notamment au travers des animations qu'ils organisent.

¹⁹ Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale.

²⁰ Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

L'animation constitue un moment d'échange, de communication et de plaisir partagé avec les résidents. Enfin, les soignants jouent un rôle important dans l'accompagnement des familles. Ils doivent notamment gérer leurs culpabilité, souffrance, angoisse ainsi que leurs questionnements.

Les soignants titulaires et à temps plein effectuent des plages de travail de 7 heures 45, avec les horaires suivants : de 7h à 14h45 le matin et de 13h30 à 21h15 l'après-midi. Les équipes de nuit sont, pour leur part, présentes dans l'établissement de 21h à 7h.

La spécificité des résidents aujourd'hui accueillis au sein de la maison de retraite est qu'ils souffrent en grande majorité de poly-pathologies. Dans ce contexte, et contrairement aux idées reçues, l'infirmier doit être polyvalent. Comme l'a précisé, lors d'un entretien, une infirmière qui travaille à la maison de retraite depuis 2004 : « j'imaginai le travail en maison de retraite très routinier et inintéressant. J'ai été surprise par la charge de travail et la diversité des tâches à accomplir au cours d'une journée ».

Conformément au décret du 11 février 2002²¹, les missions quotidiennes des infirmiers de l'établissement sont très variées. Ils prennent connaissance des transmissions auprès de leur collègue dès leur arrivée dans le service. En outre, ils distribuent les médicaments, assurent la surveillance clinique et font face aux urgences. Ils effectuent également des actes techniques, tels que des pansements, des injections ou des perfusions. Enfin, ils accompagnent le médecin en visite. Suite à ces visites, ils faxent les prescriptions à la pharmacie, et les demandes de rendez-vous à la secrétaire médicale. Ils modifient également les semainiers en tenant compte des modifications de traitement apportées par le médecin. Mais ils ont également un rôle important à jouer en matière de relation avec les résidents et les familles. Dans ce cadre, ils doivent faire face à des résidents parfois agressifs ou déments, qui s'opposent aux soins.

La profession d'aide-soignante et d'aide-méxico-psychologique ne fait pas partie des professions de santé réglementées dans le code de la santé publique. En effet, il n'existe pas de décret de compétence propre concernant ces professions.

²¹ Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

Le rôle et les missions des aides-soignants sont définis par la circulaire du 19 janvier 1996²². Selon cette dernière, l'aide-soignant collabore, d'une part « dans l'aide apportée aux personnes ayant perdu leur autonomie de façon temporaire, définitive ou ne l'ayant pas encore acquise pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et, d'autre part, dans l'hygiène de l'environnement de l'enfant ou de l'adulte hospitalisé pendant son séjour et après son départ ».

Conformément à l'arrêté du 30 avril 1992 modifié par l'arrêté du 23 juin 1994²³, les aides-médico-psychologiques bénéficient d'une formation en alternance axée sur l'accompagnement, l'aspect relationnel, ainsi que la reconstruction de l'identité de la personne et de son autonomie. Aujourd'hui, au sein de la Maison de retraite intercommunale, ils effectuent globalement le même travail que les aides-soignants.

Les aides-soignants et les aides-médico-psychologiques ne peuvent collaborer avec l'infirmier, conformément à l'article R 4311-4 du code de la santé publique, que pour les actes accomplis et les soins dispensés relevant du rôle propre de l'infirmier limitativement énumérés aux articles R 4311-5 et R 4311-6 du même code.

Les aides-soignants et les aides-médico-psychologiques constituent la cheville ouvrière de la maison de retraite. Leurs principales missions consistent à aider les résidents lors de la prise de repas, effectuer des soins de nursing, tels que les toilettes ou les changes, participer au maintien de l'autonomie des personnes âgées, mais également transmettre les informations relatives aux soins et aux habitudes de vie des résidents à leurs collègues. Ils doivent se faire accepter par des personnes âgées qui souvent ne comprennent pas ce qu'on veut leur faire et sont angoissées vis à vis d'un soin.

Ils consacrent une part importante de leur temps de travail aux toilettes. Ainsi, il a été observé que, le matin, ils consacrent environ 4h30 à faire les toilettes. L'après midi, leur travail est plus axé sur l'animation, l'aide à l'hygiène et à la mobilité.

Etant au quotidien auprès des résidents, ils détiennent des informations précieuses quant à l'évolution de l'état général d'un résident et jouent par conséquent un rôle d'alerte auprès de l'infirmier, du médecin et des cadres de santé.

En outre, ces professionnels ont un rôle social et relationnel primordial au bien-être des résidents. En effet, ils sont, à la fois, impliqués dans la démarche d'animation au sein de

²² Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

²³ Arrêté du 30 avril 1992 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologiques. Modifié par l'arrêté du 24 juin 1994.

l'établissement et contribuent également à l'information des familles, en concertation avec l'infirmier et le cadre de santé du service.

2.1.2 Un environnement de travail complexe

Le travail des soignants de la maison de retraite s'effectue aujourd'hui dans un environnement complexe. En effet, en raison du développement des politiques de maintien à domicile qui constitue notamment l'axe majeur de la politique du département du Val-de-Marne²⁴ en faveur des personnes âgées, ces dernières arrivent en maison de retraite à la fois de plus en plus âgées, mais surtout très dépendantes.

Aussi, avec un GMP de l'établissement à 729,20, les soignants de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois sont confrontés dans l'exercice quotidien de leur profession à un niveau de dépendance élevé.

De plus, au moins 60% des résidents accueillis sont à mobilité réduite. En effet, il n'est pas rare de compter dans certains services accueillant 55 résidents, 30 d'entre eux en fauteuils roulants. Cet état avancé de dépendance a des conséquences importantes sur la charge physique du travail des aides-soignants et des aides-médico-psychologiques. Au-delà des difficultés rencontrées lors des déplacements de fauteuils, l'état de dépendance des résidents nécessite également de passer plus de temps auprès de chacun pour effectuer les toilettes. Ainsi, aux dires d'un aide-soignant, dans son service, 42 résidents sur 55 nécessitent une aide totale à la toilette.

En outre, l'architecture des locaux ne facilite pas le travail des soignants.

Les sites d'Hector Malot et de la Dame Blanche comportent respectivement 27,6% et 16,5% de chambres doubles et disposent d'un espace exigu dédié à la toilette comprenant un lavabo et des WC. En raison du peu d'espace disponible, les soignants effectuent la toilette des résidents dans un espace réduit, ce qui leur impose des postures fatigantes. En outre, comme l'ont précisé certaines aides-soignantes lors des entretiens, l'exiguïté des sanitaires les empêche de laisser faire le résident au maximum de ce qu'il peut faire lui-même.

Ensuite, la disposition et l'aménagement des salles à manger des résidents constitue également une contrainte pour les soignants. En effet, sur le site de la Dame Blanche, trois des quatre niveaux comportent chacun une salle à manger pour un effectif de 55

²⁴ Schéma départemental pour une politique en faveur des personnes âgées 2006-2010, Conseil Général du Val-de-Marne.

résidents par niveau. Cette organisation entraîne tout d'abord un niveau sonore élevé, et une circulation difficile entre les tables pour les fauteuils roulants. De plus, quatre aides-soignants ou aides-médico-psychologiques circulent en permanence pour servir et aider aux repas les 55 résidents présents. A ces va et vient, s'ajoute la distribution des médicaments effectuée par un infirmier à l'aide d'un chariot médicament. Cette ambiance de travail est relativement stressante pour les soignants.

Enfin, l'organisation générale des deux sites, dotés de longs couloirs rectilignes, oblige les soignants à effectuer de nombreux déplacements au cours d'une journée. A titre d'exemple, pendant les 4 heures 30 consacrées à la toilette le matin, l'aide-soignant ou aide-médico-psychologique se déplace une trentaine de fois dans le couloir où sont placés les chariots dédiés au linge et à la toilette des résidents.

L'organisation du travail au sein de la maison de retraite est très cloisonnée et manque de lien. Le personnel qui travaille sur le site d'Hector Malot est réparti sur un des quatre niveaux accueillant chacun 17 résidents. Sur le site de la Dame Blanche, les résidents sont également accueillis sur quatre niveaux. Le premier étage est dédié aux personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées (27 lits). Les trois autres niveaux accueillent chacun 55 résidents. Les soignants qui travaillent sur ce site sont affectés à un des quatre niveaux et rattachés à un des deux cadres de santé prenant en charge deux niveaux chacun. Si, sur les deux sites les aides-soignants et les aides médico-psychologiques peuvent être amenés à aller ponctuellement dépanner des collègues sur un autre niveau sous la responsabilité de la même cadre de santé, l'organisation demeure très cloisonnée. En effet, les soignants du site de la Dame Blanche sont managés par deux cadres différents et adoptent en conséquence des méthodes de travail différenciées. L'absence de réunions regroupant l'ensemble des soignants du site limite le partage d'expériences et de savoir faire. A titre d'exemple, les soignants appartenant aux niveaux 3 et 4, dont un cadre a la charge, ont adopté une organisation particulière destinée à améliorer le déroulement du petit déjeuner. Ainsi, un aide-soignant se détache pour être présent à l'office le matin, ce qui permet à ses collègues de se consacrer pleinement aux toilettes des résidents. L'utilité et l'efficacité de cette organisation du travail, reconnue par les soignants l'ayant adopté, ne peut faire l'objet d'une évaluation et d'un partage d'expériences avec les équipes des niveaux 1 et 2 en l'absence de réunions inter services.

2.2 La réalité de la charge de travail des soignants au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois et ses conséquences en terme d'épuisement professionnel

La charge de travail des soignants peut engendrer certaines manifestations d'épuisement professionnel.

2.2.1 La charge de travail

L'activité professionnelle des soignants de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois comporte une charge à la fois physique et psychologique importante.

A) La charge physique de travail

Comme le soulignent les résultats de l'étude PRESST-NEXT²⁵, l'importance de la charge de travail des soignants des maisons de retraite se lit dans les chiffres : ces derniers sont « deux fois plus nombreux que la moyenne de l'échantillon à laver, habiller et nourrir les résidents plus de dix fois par jour ».

Les aides-soignants et aides médico-psychologiques de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois soulèvent et déplacent plusieurs fois par jour des personnes qui n'arrivent plus à le faire par leurs propres moyens. En effet, des personnes présentant un GIR 1 ou 2 peuvent être mobilisées jusqu'à 10 fois par journée. Si on prend l'exemple des résidents d'un des services du 2^{ème} niveau de la Dame Blanche, cela concerne 18 résidents sur 28 avec un poids moyen de 58,84 kg. Ceci entraîne des stations debout prolongées, des ports de charge importants, ainsi qu'une grande dépense d'énergie. Face à ce constat, l'établissement a fait le choix d'acquérir des lève-malades. Cependant, ils ne sont pas systématiquement utilisés. En effet, en raison de l'aménagement inadapté des chambres et de la volonté de faire vite, certains soignants préfèrent ne pas les utiliser.

²⁵ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, p.103.

En outre, la spécificité de leur travail implique de faire tous les jours de nombreux changes et toilettes en un temps limité en raison d'un effectif qui n'est pas toujours optimum, en raison notamment des arrêts maladie. Cette répétition de tâches identiques en un temps compté constitue également une source de fatigue physique chez les soignants. Ainsi, lors d'un entretien, une aide-soignante m'a fait part de cette difficulté : « c'est difficile de faire toujours les mêmes gestes, faire les toilettes tous les jours, c'est épuisant ».

Cette charge de travail physique est relativement différente mais également importante au sein des deux unités accueillant des personnes désorientées, déambulantes et atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées.

Les résidents qui vivent dans ces unités sont relativement valides, souvent très actifs et dotés d'une force physique conséquente. De plus, leur pathologie amène certains à vouloir déplacer des meubles ou divers objets présents dans le service. Dans ce contexte, la vigilance des soignants présents dans le service ne peut être relâchée, surtout lorsqu'ils se retrouvent seuls pour gérer onze résidents. Ainsi, une aide-soignante travaillant au sein d'une de ces unités accueillant onze résidents, où l'effectif habituel est de deux aides-soignants ou aides médico-psychologiques, m'a dit s'être trouvée seule certains matins au sein de l'unité. Selon ses propres mots : « trois résidents déplaçaient des meubles, et j'avais encore des toilettes à faire... je me suis assise dans le lieu de vie, épuisée. J'ai alors pris dix minutes pour réfléchir car je ne savais plus que faire, les résidents se sont assis autour de moi, ce qui a permis de les calmer. J'ai ainsi pu faire ce que j'avais à faire ».

Les infirmiers de la maison de retraite ne sont pas épargnés par cette charge physique.

Selon une enquête effectuée en novembre 1996 par l'AP-HP²⁶ sur l'organisation et les conditions de travail, les risques professionnels portent sur les contraintes physiques comme les stations prolongées debout et les longues déambulations pour 82 % des infirmières.

En outre, il ressort des entretiens que j'ai pu mener avec cinq infirmières de la maison de retraite, qu'au niveau physique, elles considèrent leur charge de travail comme

²⁶ CANOÛI P., MAURANGES A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Editions Masson, p.73.

« énorme ». Elles doivent enchaîner, la distribution des médicaments, les pansements, les visites avec le médecin, la modification des prescriptions et la communication des rendez-vous médicaux extérieurs à la secrétaire médicale, tout en étant sollicitées en permanence. Ceci implique un rythme de travail très intense. En outre, l'architecture des deux sites oblige les infirmiers à effectuer de nombreux déplacements. D'une part, l'infirmier présent le matin et l'après midi sur le site d'Hector Malot doit aller et venir entre les niveaux accueillant chacun 17 résidents. D'autre part, deux infirmiers sont normalement présents pour deux niveaux du site de la Dame Blanche. Ces derniers effectuent également des déplacements entre les deux niveaux où ils effectuent leurs soins. Ces déplacements deviennent physiquement épuisants lorsqu'ils se retrouvent seuls sur deux niveaux et doivent prendre en charge 110 résidents. Ainsi, une infirmière m'a indiqué en entretien que le matin (de 7 heures à 14 heures 45), sa charge de travail est telle qu'elle ne prend pas le temps de s'arrêter ne serait ce que pour boire. Aussi, comme elle l'a précisé « au bout d'un moment mon organisme ne tient plus, quand je rentre à la maison je vais directement me coucher, alors je sais qu'il me faut prendre des vacances pour récupérer physiquement ».

Le travail des soignants de la maison de retraite est également difficile psychologiquement. Comme le précise le docteur R. SEBAG-LANOË²⁷ « tout est possible, le meilleur comme le pire, les baisers comme les coups, dans ce monde où tout le monde souffre, les soignés bien sûr, mais aussi les soignants ».

B) La charge psychologique de travail

Le travail de soin et d'accompagnement de la personne âgée comporte une charge psychologique incontournable qui tient en partie à la confrontation répétée à la démence, et à la mort, mais également au rythme de travail au sein de la maison de retraite.

Tout d'abord, la confrontation à la démence de certains résidents contribue à la pénibilité psychologique. La prise en charge de ces résidents est particulièrement difficile pour les soignants qui doivent faire face à l'absence de communication, à l'agitation, aux propos incohérents et souvent répétés. Devant cette rupture de communication, renforcée par l'inquiétude permanente de passer à côté des désirs du résident, les soignants vivent un fort sentiment d'impuissance.

²⁷ SEBAG-LANOË R., 1984, « Vieillesse, pertes et deuils : les réactions des soignants ». *Médecin. et Hygiène*, p.42.

En outre, ils subissent parfois des menaces et des comportements agressifs de certains résidents. Ainsi, 66,9% des soignants de maison de retraite interrogés lors de l'étude PRESST-NEXT²⁸ se disent souvent ou toujours confrontés à des résidents agressifs, contre 47,3% dans l'ensemble de l'échantillon²⁹. Lors d'un entretien, une aide médico-psychologique travaillant dans une unité accueillant des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés m'a dit « ce que je trouve le plus pénible dans mon travail, c'est l'agressivité gestuelle de certains résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ». D'autres témoignages de cette violence m'ont été rapportés au cours des entretiens, tels que : « ce matin, j'ai été griffée par une résidente qui ne voulait pas que je lui enlève sa serviette », ou encore « dimanche, j'ai pris une claque ».

En outre, la souffrance morale des soignants résulte aussi de la confrontation avec la fin de vie des résidents. Au vu des résultats de l'étude PRESST-NEXT³⁰, cette confrontation concerne de façon plus importante les soignants des maisons de retraite (77,9%) que l'ensemble de l'échantillon interrogé (42,3%).

La grande majorité des résidents finissent leur vie à la maison de retraite. En raison notamment des liens qui se tissent entre résidents et soignants, l'accompagnement de fin de vie demeure particulièrement difficile à gérer pour la plupart d'entre eux. Cette difficulté s'accroît en raison du manque de temps qu'ont les soignants à consacrer à l'accompagnement en fin de vie. Elle s'accompagne également d'un sentiment de frustration chez certains qui ne peuvent pas appliquer ce qu'ils ont appris en formation. Ainsi, une aide-soignante ayant dix sept ans d'expérience m'a confié à propos de la confrontation à la fin de vie des résidents : « je ne m'y fais pas. Quand je sais qu'un résident est en train de partir et que je n'ai pas le temps de rester auprès de lui, j'ai mauvaise conscience ». De même, une infirmière m'a fait part de la frustration qu'elle pouvait éprouver lorsqu'elle n'avait pas le temps d'accompagner dignement les résidents en fin de vie : « parfois je ne peux pas rester car il faut distribuer les médicaments : après

²⁸ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, p.103.

²⁹ cet échantillon comporte des soignants de centres hospitaliers, d'hôpitaux locaux, de cliniques privées, de centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, de maisons de retraite et d'établissements accueillant des personnes handicapées.

³⁰ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, p.103.

je me dis que je suis passée à côté de quelque chose, et que je n'ai pas fait mon travail correctement et en adéquation avec ce que j'ai appris en formation ».

A ces difficultés, s'ajoutent celles provoquées par la confrontation avec la personne âgée fragilisée, détériorée à la fois physiquement et psychiquement, qui renvoie au soignant une image obsédante de son propre vieillissement.

Le travail aide-soignant constitue à lui seul une source de pénibilité lorsqu'il induit une impression de « routine ». En effet, le travail des aides-soignants et aides médico-psychologiques de la maison de retraite est répétitif. Certains soignants en souffrent, ainsi une aide-soignante n'hésite pas à dire qu'elle panique lorsqu'elle arrive le matin dans son service et qu'elle voit «cet alignement de chambres» qui lui font penser au nombre de toilettes qu'elle va devoir effectuer.

Enfin, la souffrance morale des soignants est également liée au sentiment de mal faire son travail par manque de temps. Selon l'étude PRESST-NEXT, les soignants des maisons de retraite sont les plus nombreux à déclarer ne « presque jamais » ou « rarement » avoir le temps de parler aux résidents³¹ (39,6% contre 28,3% pour l'ensemble de l'échantillon). Ceci génère de la frustration chez de nombreux soignants. Ainsi, j'ai pu recueillir les propos suivants lors des entretiens que j'ai menés : « je suis frustrée de ne pas pouvoir faire mon travail correctement, je n'ai pas assez de temps à consacrer à chaque résident lors des toilettes c'est vraiment la course », « le plus pénible c'est de devoir faire mon travail toujours en courant ».

L'exposition prolongée à cette charge de travail à la fois physique et psychologique provoque chez de nombreux soignants de la souffrance voir même un véritable épuisement qui se manifeste concrètement.

2.2.2 Des manifestations concrètes d'épuisement professionnel

D'après l'étude que j'ai menée auprès des soignants de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, l'épuisement professionnel est le fruit d'un

³¹ ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, p.99.

processus long et évolutif. En effet, on ne peut pas parler d'épuisement professionnel après un événement aigu comme le décès d'un résident vécu difficilement par certains soignants. Au contraire, selon Pierre CANOUÏ et Aline MORANGES³², cet épuisement se manifeste à la suite d'expositions répétées à des stress professionnels pendant des périodes allant de un à cinq ans. Ainsi, les soignants que j'ai interrogés éprouvant un épuisement physique et, ou psychologique, ont toujours mentionné avoir été confrontés à des stress répétés. Ce sont ces événements générateurs de stress, comme le fait de soulever quotidiennement des résidents pour une aide-soignante ayant des problèmes de dos, ou l'ambiance de travail tendue qui, à la longue, peuvent permettre la survenance d'une situation d'épuisement professionnel.

Les situations concrètes d'épuisement dont j'ai eu l'occasion d'être témoin sont variées.

L'épuisement apparaît tout d'abord sous une forme physique. Il se manifeste notamment par des maux de dos, de hanches, des douleurs musculaires, ainsi qu'une grande fatigue. Ainsi, un aide-soignant emploie les mots suivants pour décrire la fatigue qu'il ressent à la fin d'une journée de travail : « je suis las, j'ai l'impression d'avoir un manteau lourd lorsque je quitte mon travail ».

Depuis deux ans, le médecin du travail a observé une augmentation des pathologies rachidiennes et notamment des hernies discales chez de jeunes soignants ayant entre trente et quarante ans.

Lorsque le soignant a accumulé une importante fatigue physique sans y voir d'atténuation possible, à laquelle s'ajoute une charge morale importante engendrée notamment par des tensions entre collègues ou des difficultés à gérer la démence ou la fin de vie des résidents, l'épuisement devient également psychologique et se généralise.

Ainsi, une infirmière ayant quinze ans d'expérience à domicile auprès des personnes âgées et travaillant en maison de retraite depuis trois ans m'a dit ressentir une véritable fatigue physique l'obligeant parfois à dormir pendant un week end entier pour récupérer. Mais c'est en raison de relations conflictuelles avec certaines aides-soignantes et aides médico-psychologiques qu'il lui arrive parfois d'avoir envie de quitter l'établissement.

Une de ses collègues infirmières, exerçant depuis vingt ans au sein de la maison de retraite, m'a expliqué être épuisée par la « pression ». Ce qui lui pèse le plus est de faire

³² CANOUÏ P., MORANGES A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Editions Masson, p.23.

le « tampon » entre le médecin, la cadre, les équipes d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques et les familles. Elle exprime ainsi sa souffrance : « lorsque le stress est trop intense, je craque et je pleure ». Elle donne un exemple de ce stress dans une situation concrète de fin de vie où le médecin avait prescrit de la morphine en vue de soulager la douleur d'un résident. Certains aides-soignants et aides médico-psychologiques l'ont mal vécu car ils sentaient le décès qu'ils redoutaient approcher. Aussi, l'infirmière a dû leur donner des explications et justifier la prescription face au désaccord de l'équipe.

En outre, une aide médico-psychologique a demandé à changer de service en raison de problèmes physiques auxquels se sont ajoutés de fortes tensions au sein de l'équipe. Ce qui, selon ses propres mots « lui a fait ressentir un ras le bol et une envie de changement ».

2.3 Analyse de l'épuisement professionnel des soignants au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois

Au-delà de manifestations tangibles de l'état de souffrance dans lequel se trouvent aujourd'hui certains soignants de la maison de retraite, une analyse plus précise de l'épuisement professionnel a été menée au sein de l'établissement. Cette dernière se base sur la recherche d'indicateurs pertinents mais également sur une étude des facteurs et des conséquences de cet épuisement.

2.3.1 Les indicateurs de l'épuisement professionnel

Certains indicateurs permettent d'aborder l'épuisement professionnel des soignants sous une approche plus quantitative.

En effet, plusieurs indicateurs peuvent constituer des signes de l'épuisement professionnel des soignants. Ainsi, selon le médecin du travail de l'établissement, l'absentéisme, le nombre de mutation, la baisse de motivation dans le travail constituent les meilleurs indicateurs de l'épuisement des soignants. De même, la cadre supérieur de santé estime que si l'épuisement professionnel des soignants demeure difficile à détecter face à certaines personnes revendiquant en permanence le manque d'effectifs et la difficulté de leur métier, les arrêts à répétition sont des signes d'une forme d'épuisement chez le personnel.

A la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, le nombre d'arrêts de maladie ordinaires est important. Ainsi, si on fait le rapport entre le nombre total de jours d'absence avec le nombre d'agents, on constate en 2005, 23,8 jours d'absence par agent et 19,5 en 2006. Le nombre de jours d'absence par agent pour les aides-soignants et aides médico-psychologiques atteint 21,4 en 2006. De plus, sur 203 jours travaillés par an, un agent sur 10 a été absent en moyenne en 2006. Si l'on retire les effectifs infirmiers qui en 2006 ont été deux fois moins absentes que le reste des soignants, un aide-soignant ou aide médico-psychologiques sur 9 a été absent en moyenne en 2006.

De plus, au cours des mois de mai et juin 2007, trois agents travaillant au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées ont demandé à changer de services, tandis qu'un autre agent a démissionné en invoquant une mauvaise ambiance de travail.

2.3.2 Les multiples facteurs de l'épuisement professionnel

Au sein de la maison de retraite, les facteurs de stress à la fois individuels et propres au travail sont nombreux et variables. Il est intéressant d'identifier et de reconnaître ceux qui sont en jeu dans l'émergence du syndrome d'épuisement professionnel des soignants en vue de prévenir son apparition. Les principaux facteurs identifiés à la maison de retraite intercommunale comme jouant un rôle dans le développement de l'épuisement professionnel sont d'ordre individuels, liés directement au travail en maison de retraite et organisationnels.

Certains soignants présentent des caractéristiques individuelles et une histoire personnelle susceptibles de favoriser l'émergence du syndrome d'épuisement professionnel lorsqu'il est en présence d'autres facteurs extérieurs stressants.

Ainsi, selon l'étude de C.Rodary et coll³³, il existe une relation entre l'âge et deux dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation. Ainsi, les soignants plus jeunes semblent plus vulnérables vis à vis de certaines dimensions de l'épuisement professionnel. A l'inverse, si des soignants plus expérimentés semblent mieux armés pour faire face à la charge psychologique du travail, ils résistent en moyenne moins bien à la pénibilité physique et

³³ CANOÛ P., MAURANGES A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Editions Masson, p.48.

au port de charges. Or, aujourd'hui la moyenne d'âge relativement élevée (46 ans) des soignants entraîne des arrêts maladie à répétition chez certains soignants qui présentent des pathologies rachidiennes importantes.

En outre, la personnalité du soignant intervient également dans la perception du stress. Plusieurs études portant sur la « hardiness »³⁴ ont montré l'existence d'une relation entre le manque de « hardiness » se traduisant par endurance, ou solidité psychique, et l'épuisement professionnel. Ainsi, les soignants présentant ce type de personnalité résisteraient mieux aux effets des stress psycho-sociaux.

Enfin, une des caractéristiques de la maison de retraite de Fontenay-sous-Bois est l'ancienneté d'une grande partie du personnel soignant. Ainsi parmi les quinze soignants que j'ai interrogés, onze ont fait toute leur carrière dans l'établissement en commençant en tant qu'agent des services hospitaliers et en évoluant vers la profession d'aide-soignante, aide médico-psychologique ou même infirmière grâce à la promotion professionnelle. Les soignants ayant travaillé plus de quinze ans dans l'établissement ont tendance à comparer constamment les conditions de travail actuelles avec celles qui avaient cours au début de leur carrière. On constate ainsi que plusieurs idéalisent le passé. En effet, une aide-soignante a indiqué en entretien regretter la solidarité et l'envie de faire la fête entre collègues. Une de ses collègues qui travaille depuis 34 ans dans l'établissement m'a confié « aujourd'hui c'est plus pareil, chacun fait son truc dans son coin, quand j'essaie de faire quelque chose qui change ça dérange les autres ». Ce qui ressort des entretiens que j'ai pu mener avec les soignants ayant travaillé plus de quinze ans dans l'établissement est le regret du lien et de la solidarité des équipes, alors même, que dans les années 80 et même 90, le travail était également difficile. En effet, les résidents pouvaient être quatre dans des chambres exiguës et le matériel (lève-malades, verticalisateurs) dont ils peuvent disposer aujourd'hui n'existait pas.

En outre, nombreuses sont les causes de l'épuisement liées à l'activité.

La charge physique du travail constitue un des facteurs favorisant l'épuisement professionnel des soignants. Cette charge se caractérise notamment pour les aides-soignants et aides médico-psychologiques, comme il a été précisé, par des manutentions, des stations debout prolongées, des ports de charge importants, ainsi que de nombreux

³⁴ DUQUETTE, KEROUAC, BEAUDET., 1990, *Facteurs liés à l'épuisement professionnel du personnel infirmier : un examen critique d'études empiriques*. Editions. A. Duquette.

déplacements. En outre, la pénibilité physique de leur travail s'explique également par son aspect routinier. En effet, les tâches effectuées quotidiennement par les aides-soignants et aides médico-psychologiques demeurent répétitives et selon leurs dires « il reste peu de place pour l'animation ». La charge physique élevée du travail infirmier qui consiste à enchaîner plusieurs tâches telles que la distribution des médicaments, les pansements, peut entraîner le développement d'un épuisement physique.

En présence d'autres facteurs de stress, cet épuisement physique est susceptible de permettre à un épuisement psychologique de s'installer. Or, cette forme d'épuisement demeure plus difficile à combattre.

De plus, la pénibilité morale du travail des soignants de la maison de retraite constitue également un facteur favorisant l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel. Elle repose notamment sur la confrontation des soignants avec la démence et la mort.

D'une part, tout soignant sait qu'une personne entrant en institution va y finir ses jours. Or, la mort est rarement évoquée entre soignants et avec l'encadrement. Au sein de la maison de retraite, j'ai également constaté un manque de temps pour le deuil des soignants suite au décès d'un résident. En effet, lorsqu'un décès a lieu, les soignants doivent se dépêcher pour vider et nettoyer la chambre afin qu'un nouvel entrant puisse y être accueilli. Ainsi, il ressort des entretiens que, bien souvent, pour faire face à ces situations difficiles les soignants ont recours à des deuils anticipés.

D'autre part, les soignants et en particulier ceux qui travaillent au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées rencontrent des difficultés à communiquer avec ces personnes. Or, comme beaucoup de soignants l'ont indiqué au cours des entretiens, la notion de plaisir passe, chez eux, par la communication et le partage avec le résident et notamment au travers de l'organisation d'activités. Ainsi, une infirmière précise « ce qui me fait tenir dans les moments de fatigue, c'est de pouvoir échanger avec certains résidents ». Aussi, l'absence durable de communication avec les résidents peut générer un certain épuisement moral. En effet, une aide-soignante précise : « je pense que le plus pénible à supporter dans notre travail, est le rapport difficile avec des personnes âgées atteintes de démence, il faut être patient, toujours à l'écoute et ce n'est pas simple, lorsque nous sommes fatigués à la longue ça atteint le moral ».

En outre, la confrontation à la grande dépendance constitue également un facteur favorisant l'émergence de l'épuisement.

Le GMP de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois est en augmentation régulière, il est ainsi passé de 721,84 en 2005 à 729,20 en 2006. Ceci

traduit l'aggravation de la détérioration physique et psychique des résidents accueillis dans l'établissement. La prise en charge de résidents de plus en plus dépendants en l'absence de formation initiale adaptée entraîne une pénibilité accrue du travail des soignants susceptibles de générer un certain épuisement.

De plus, dans l'exercice de leur profession à la maison de retraite, les soignants ressentent un décalage entre l'idéal et la réalité. Ainsi, L PLOTON³⁵ évoquait déjà la souffrance du soignant travaillant en gériatrie en 1981 : « le soignant souffre de la discordance entre son idéal et les obligations de sa pratique ». En effet, le travail à la maison de retraite expose tous les jours le soignant à une demande relationnelle quantitative et qualitative à laquelle il ne peut jamais répondre complètement. Il est donc plus souvent confronté à ses limites qu'à des gratifications, ce qui génère un fort sentiment d'insatisfaction. Ainsi, une infirmière ayant suivi une formation relative à la prise en charge de la fin de vie m'a dit « je me sens frustrée de ne pas pouvoir appliquer les techniques apprises en formation en raison du manque de temps que j'ai à consacrer aux résidents en fin de vie ».

Le manque de reconnaissance constitue un des facteurs à la base du développement de l'épuisement professionnel des soignants.

Au-delà du manque de valorisation sociale du travail auprès des personnes âgées, les soignants de la maison de retraite disent souffrir du manque de reconnaissance à la fois des familles mais également de la hiérarchie. Ainsi, une aide-soignante ayant vingt ans d'ancienneté au sein de l'établissement s'est plainte de l'exigence des familles et de leur manque de reconnaissance. Selon elle « le comportement de certaines familles qui nous rejettent leur culpabilité en devenant très agressives et manquent parfois de respect pour notre travail est épuisant moralement ». De même, certains soignants qui travaillent sur le site Hector Malot où les locaux sont vétustes et qui ne bénéficient de la présence d'un cadre à plein temps que depuis cinq mois font part de leur épuisement en indiquant ne pas être soutenu par la direction. Ainsi, une aide-soignante a indiqué en entretien « j'ai besoin de me sentir valorisée, or aujourd'hui je ne le suis pas. On trime, on arrête pas et on a l'impression que la direction s'en fout ».

Ainsi, de nombreux facteurs inhérents au travail en maison de retraite peuvent, lorsqu'ils se cumulent, favoriser l'apparition d'un épuisement chez les soignants.

³⁵ PLOTON L.,1981, « La souffrance des soignants en gériatrie ». *La revue de gériatrie*, T.6, n°3.

De plus, des facteurs propres à l'organisation du travail à la Maison de retraite intercommunale expliquent également l'épuisement relevé chez certains soignants.

La configuration des locaux est un facteur aggravant la pénibilité du travail des soignants. Ainsi, comme il a été précisé, les couloirs des deux sites Hector Malot et la Dame Blanche sont rectilignes et pour certains, sur le site de la Dame Blanche, en pente, ce qui génère de longs déplacements. De même, le site de la Dame Blanche ne dispose que d'une salle à manger par étage permettant d'accueillir 55 résidents. Ainsi, les soignants doivent adapter l'organisation du travail et notamment de l'aide aux repas en fonction de la configuration des locaux. Cette contrainte pèse au quotidien sur le bien-être des soignants. En outre, les deux sites disposent de chambres sans douches. Aussi, les résidents doivent être déplacés pour prendre une douche dans celle qui est disponible à l'étage.

J'ai également pu constater certaines situations conflictuelles au sein des équipes pesant parfois lourdement sur le moral des soignants.

J'ai été confrontée à une situation particulièrement critique à mon arrivée en stage au sein des équipes travaillant dans les deux unités spécialisées dans l'accueil de résidents déambulants et présentant des troubles du comportement. Une des unités dispose de seize lits et compte un effectif de quatre aides médico-psychologiques et de cinq aides-soignants. L'autre accueille onze résidents et fonctionne avec deux aides médico-psychologiques et quatre aides-soignants. En outre, cinq infirmières se partagent ces deux unités et un autre service de 55 résidents non spécialisé dans l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La situation est différente au sein des deux unités. Sur l'unité de seize lits, l'équipe d'aides médico-psychologiques et d'aides-soignants se trouve aujourd'hui divisée en deux clans, selon un soignant « il y a les fortes têtes qui remettent en cause le mode de management de la cadre et les autres ». Ainsi, les soignants de cette équipe avec qui j'ai eu l'occasion de m'entretenir sont apparus particulièrement épuisés et démotivés. Deux d'entre eux ont d'ailleurs demandé à changer de service en raison de l'ambiance de travail et ce malgré leur choix initial de travailler auprès de personnes souffrant de troubles du comportement. Les conflits absorbent une énergie physique et psychique considérable souvent plus importante que le travail lui-même. Ainsi, une des soignantes ayant demandé à changer de service a précisé « ce qui m'épuise ce n'est pas le travail en lui-même, mais de devoir supporter un collègue qui remet en cause mon travail et ne m'aide pas lors des manipulations ». La cadre de santé mise en difficulté dans son mode de management se heurte aujourd'hui aux résistances d'une équipe divisée. La situation dans l'unité de onze

lits dirigée par la même cadre de santé est tout aussi critique. Deux agents ont également demandé à changer de service en raison des conflits internes à l'équipe. Dans cette unité, des critiques continues de la part d'une soignante vis à vis de ses collègues entraînent une perte d'énergie considérable.

Ces situations conflictuelles constituent des facteurs prenant une grande importance dans l'apparition de l'épuisement.

En outre, sur les deux sites, les temps d'échanges entre équipes sont réduits. Ceci a pour effet un manque de cohésion d'équipe et de fil conducteur dans les pratiques soignantes. Il n'existe pas de transmissions entre équipes pendant les temps de chevauchement (entre 13h30 et 13h45, 21h et 21h15). Les transmissions se font par écrit sur le logiciel de planification des soins «PSI» (Plan de Soins Informatisé) et oralement entre infirmiers, d'une part, et aides-soignants, d'autre part, au moment de la relève. Ces transmissions ont souvent lieu alors que le soignant du matin est occupé à saisir des informations sur ordinateur. Ces dernières consistent donc en une brève discussion sur chaque dossier saisi. Ainsi, si les informations essentielles sur l'état des résidents circulent, le partage entre les aides-soignants, aides médico-psychologiques et les infirmiers n'est pas organisé. Cette organisation a pour conséquence directe un fort individualisme dans la façon de travailler de chaque soignant et un manque de cohésion dans la prise en charge des résidents. De plus, il existe peu de mutualisation des efforts de créativité déployés par certains soignants pour s'adapter aux conditions et environnement de travail. Ainsi, une aide-soignante a décidé d'accrocher un gant de toilette sur le pommeau de douche afin de pouvoir doucher une résidente souffrant du débit d'eau en raison d'un épiderme fragile. Cette solution n'est pas appliquée par tous les membres de l'équipe puisqu'elle n'a pas eu l'occasion de diffuser l'information.

Aussi, face aux nombreux facteurs de stress présents dans l'institution, chaque soignant a peu l'occasion d'échanger avec ses collègues et d'extérioriser les difficultés ou les succès qu'il rencontre. Or, la possibilité de partager sur les aspects affectifs du travail avec ses collègues permet d'évacuer le stress et de mieux supporter la pénibilité du travail.

Enfin, la maison de retraite ne permet pas suffisamment l'organisation d'espaces et de temps d'échanges propices au recul sur le quotidien du travail soignant.

Ces espaces sont primordiaux pour prévenir l'apparition de l'épuisement professionnel et d'autant plus chez des soignants qui effectuent un travail routinier parfois depuis plus de vingt ans dans l'établissement.

Suite au constat de la médecine du travail de l'augmentation de l'absentéisme et au mal être des soignants travaillant sur le site Hector Malot, un groupe de parole a été mis en place en 2002. Il est animé par un psychologue extérieur à l'établissement pendant deux

heures une fois par mois. Un autre groupe a été mis en place en 2004 sur le site de la Dame Blanche pour les soignants intervenant au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. La participation à ce groupe a lieu sur la base du volontariat. Selon le psychologue qui organise ces groupes, une dizaine de personnes et souvent les mêmes sont présentes lors de chaque séance.

Cependant, ces groupes ne sont ouverts qu'à une partie du personnel soignants : ceux qui travaillent sur le site Hector Malot ainsi qu'au sein des unités de la Dame Blanche spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Or, l'épuisement touche également des soignants travaillant aux 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} étage de la Dame Blanche qui n'y ont pas accès. Plusieurs de ces soignants ont exprimé le souhait de pouvoir également y participer. Ce dispositif qui est apprécié par une partie du personnel demeure donc perfectible.

De plus, les réunions de synthèse pluridisciplinaires ne sont pas organisées régulièrement dans l'ensemble des services de la maison de retraite. En effet, le médecin responsable des 3^{ème} et 4^{ème} niveaux du site de la Dame Blanche organise des réunions une fois par semaine avec la cadre et les équipes pendant environ trente minutes. De même, des réunions mensuelles pluridisciplinaires sont organisées avec le médecin, la cadre, la psychologue, la psychomotricienne, l'ergothérapeute et les équipes du 2^{ème} étage une fois par mois. Cependant, ces dernières, dirigées par le médecin, sont destinées à faire le point sur l'état des résidents. Deux des infirmières travaillant dans ces services ont regretté que les problèmes rencontrés par les équipes ne soient pas abordés lors de ces réunions. En outre, ces réunions ne sont pas organisées sur le site Hector Malot et n'ont pas eu lieu depuis cinq mois au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Ces espaces d'échanges permettant aux soignants de prendre du recul par rapport à leur pratique ne sont pas assez systématiques pour permettre de prévenir l'épuisement professionnel des soignants. Les cadres ont un rôle fondamental à jouer dans ce domaine. En effet, elles passent la quasi totalité de leur temps à gérer les planning du personnel et trop souvent leur communication avec les équipes sont limitées à ces questions d'organisation du temps de travail sans permettre de temps dédié à la réflexion sur la façon dont les soignants souhaitent travailler ensemble.

2.3.3 Les conséquences de l'épuisement professionnel

Les conséquences de l'épuisement des soignants sont nombreuses pour les professionnels mais elles touchent également l'organisation du travail à la maison de retraite.

Tout d'abord, l'épuisement entraîne une telle fatigue que bien souvent les soignants sont sujets à des troubles du sommeil. Un cercle vicieux s'engage alors et il arrive aux soignants ne trouvant plus de repos réparateurs de craquer nerveusement. Ainsi, Deux des quinze soignants interrogés ont dit avoir fondu en larmes sur le lieu de travail.

De plus, dans cet état de fatigue généralisé, les soignants deviennent irritables et susceptibles avec les résidents et leurs collègues, ce qui a pour conséquence de détériorer l'ambiance de travail des équipes.

Cet état se traduit également par une baisse de la vigilance et de l'attention pouvant, dans certains cas, entraîner des accidents de travail ou de trajets. Ainsi, une infirmière travaillant sur le site de la Dame Blanche m'a dit que dans un état de fatigue avancée il lui est arrivé de se piquer avec une aiguille souillée. De plus, une de ses collègues a précisé « plusieurs fois j'ai failli m'endormir au volant en rentrant du travail ».

En outre, certains éprouvent une certaine frustration parce qu'ils se rendent compte que la fatigue accumulée ne leur permet pas de tenir le rythme, comme le résume bien une infirmière « au cours des périodes où je me sens épuisée, mon travail est bâclé, vite fait, je ne suis pas satisfaite du travail fourni, dans ces moments là, je ressens l'envie de changer d'établissement ».

D'autres réagissent différemment face à l'épuisement et perdent toute motivation. En effet, les soignants présentant des états avancés de fatigue à la fois physique et morale que j'ai rencontrés continuent à venir travailler. Cependant, l'élan n'y est plus et le but de leur action semble être perdu. Ainsi, une infirmière a décrit cet état de démotivation en expliquant que, dans une telle situation, elle prend des congés pour pouvoir tenir et retrouver l'envie de revenir travailler. Comme le précise cette soignante, l'épuisement qui se transforme en démotivation et frustration entraîne une telle volonté d'échapper au cercle vicieux de l'épuisement que, bien souvent, l'idée de changer de service ou même d'établissement est évoquée ou mise en œuvre. En effet, lorsqu'il n'y a plus d'issue possible le changement semble salvateur. Ainsi, une infirmière travaillant de nuit sur le site de la Dame Blanche m'a décrit, avec le recul, l'état d'épuisement dans lequel elle

s'est trouvée il y a quelques années. Cet épuisement s'est tout d'abord manifesté par une très grande fatigue physique puis psychologique. Cependant, il lui était devenu impossible de trouver le sommeil sans l'aide de somnifères. De plus, lors de sa journée de repos, elle repensait aux actes effectués sur son lieu de travail et rappelait parfois une collègue pour vérifier si telle ou telle chose avait bien été faite. Pour s'en sortir elle a demandé à travailler de nuit. Après cette expérience, elle affirme, « à l'époque, je ne trouvais plus de plaisir à travailler, ni à vivre en dehors du travail, aujourd'hui si je me retrouvais dans le même état de fatigue, je n'hésiterais pas à quitter l'établissement ».

L'organisation du travail au sein de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois subit également les conséquences de l'épuisement des soignants.

Celui-ci a une conséquence directe sur le nombre et la durée des arrêts maladie qui s'élèvent à 19,5 jours d'arrêt par soignant en 2006. Ce chiffre est encore plus élevé (20,7 jours d'arrêt pour maladie ordinaire par agent en 2006) chez les aides-soignantes qui souffrent particulièrement de pathologies rachidiennes chroniques en raison des manipulations répétées. Or, ces arrêts ont une incidence directe en terme d'organisation du service. Aussi, les équipes fonctionnent en effectif réduit pour pallier à l'absence de leurs collègues. Les soignants présents voient donc leur charge de travail augmenter, ce qui se répercute sur leur propre fatigue. Lorsque la situation est critique, la maison de retraite fait appel à du personnel intérimaire. Cependant, cette solution semble également générer un surcroît de travail. En effet, aux dires d'une infirmière, « lorsqu'une intérimaire intervient dans mon service je prépare son travail, ce qui se rajoute au mien ».

En outre, des soignants épuisés sont moins vigilants et ne prennent pas soin des personnes âgées de manière optimale. La qualité du service rendu aux résidents peut donc se trouver altérée. Or, la maison de retraite de Fontenay-sous-Bois va s'engager fin 2007 dans une phase de négociation en vue de renouveler sa convention tripartite, ce qui oblige la direction à être particulièrement vigilante au maintien de la qualité de la prise en charge des résidents.

Enfin, l'épuisement des soignants peut également engendrer des actes de maltraitance vis à vis des résidents. Ainsi, s'il n'a pas été observé d'actes maltraitants lié à une situation d'épuisement professionnel, les soignants sont parfaitement conscients de ce risque. Une aide médico-psychologique travaillant au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer précise « il nous arrive entre soignants de mettre en garde une collègue, en lui disant attention tu commences à hausser le ton ». Par conséquent, le directeur de l'établissement doit être particulièrement

vigilant aux signes d'épuisement au sein du personnel pour éviter qu'il se traduise en maltraitance.

L'organisation et les conditions de travail des soignants au sein de la maison de retraite demeurent perfectibles. En effet, le manque de fonctionnalité des locaux nécessite une restructuration des deux sites de l'établissement, dans laquelle ce dernier est engagé jusqu'à l'horizon 2010-2011. En outre, au vu des remarques des soignants interrogés, les risques d'épuisement professionnels sont réels. En effet, une grande majorité d'entre eux souhaite une amélioration de leurs conditions à la fois physiques et morales de travail.

3 Les stratégies d'action du directeur pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants

Le risque d'épuisement professionnel des soignants de la maison de retraite étant avéré, la direction de l'établissement a déjà entrepris des actions destinées à le prévenir. Cependant, dans un contexte de vieillissement de la population soignante, la mise en œuvre d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel permettrait non seulement d'approfondir les actions engagées mais également de réfléchir à de nouvelles orientations.

3.1 L'importance d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel dans un contexte de vieillissement de la population soignante

Le vieillissement de la population européenne va bouleverser la façon d'exercer des professions soignantes³⁶. Alors que la part de jeunes en âge de travailler va décroître jusqu'en 2020, la part des personnes actives âgées de plus de 45 ans va continuer à augmenter³⁷.

La France est l'un des pays européens qui connaît un vieillissement de population des plus importants : « le poids des individus de plus de 60 ans dans la population totale passera de 20 % en 1995, à 27 % en 2020 et à 33 % en 2040 »³⁸.

Le secteur sanitaire et social est particulièrement touché par cette évolution. Ainsi, le rapport de 2004 de l'Inspection générale des affaires sociales intitulé « gestion des âges dans le secteur sanitaire et social »³⁹ souligne la prise de conscience encore trop faible des enjeux liés à cette problématique. Selon ce rapport, en 2002, les plus de 50 ans représentaient 21% des infirmiers, alors qu'ils ne représentaient que 8% en 1990.

³⁶ OCDE-OECD, June 1998, Work force ageing in OECD countries. Employment outlook, Chapter 4, 123-151.

³⁷ EUROSTAT. Labour force survey 1997. Theme 3. Population and social conditions. Series C, Accounts and surveys. Office for official publications of the European communities, Luxembourg 1998 b.

³⁸ TOPIOL A., Juillet 2001, L'évolution des sorties d'emploi vers la retraite et la préretraite : une approche par métiers. Etude DARES, n°48.

³⁹ DELAHAYE-GUILLOCHEAU V., FLAMANT P., JEANDET-MENGUAL E., AUDIGE P., mai 2004, Gestion des âges dans le secteur sanitaire et social, Rapport de l'IGAS n°20004057.

La population soignante de la Maison de retraite intercommunale suit cette tendance. En effet, aujourd'hui, 22,2 % des infirmiers ont plus de 50 ans et 83,3 % ont plus de 40 ans. De même, la pyramide des âges des aides-soignants et des aides médico-psychologiques est préoccupante puisque 43,4% d'entre eux ont plus de 50 ans. L'élévation de l'âge moyen du personnel soignant de l'établissement qui est aujourd'hui de 46 ans tient, d'une part à la concentration de la population dans la tranche d'âge 40-54 ans (53%), et d'autre part à la diminution des effectifs des jeunes professionnels de moins de 30 ans (1%).

A ce vieillissement des soignants vient s'ajouter un vieillissement des résidents (dont l'âge moyen est de 85,5 ans). Celui-ci s'accompagne d'un alourdissement et d'une aggravation de leurs pathologies, ce qui entraîne une augmentation de la pénibilité du travail des soignants qui doivent faire notamment plus de lits et de toilettes.

Face à ce constat, le directeur de l'établissement doit œuvrer en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants. L'établissement accueille de nombreux stagiaires au sein de l'établissement afin de se faire connaître auprès des jeunes diplômés et dans un objectif de renouvellement des personnels qui partent à la retraite. Cependant, face à la configuration de la pyramide des âges des soignants de la maison de retraite, le directeur doit également mettre en place des actions destinées à permettre aux soignants ayant plus de 45 ans (53,2 % des soignants) de maintenir une capacité professionnelle satisfaisante au regard des exigences de leur poste de travail. La prévention de l'épuisement professionnel constitue un axe essentiel de l'action menée en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants.

3.2 L'amélioration des actions déjà engagées en vue d'ancrer une politique forte de prévention du risque d'épuisement professionnel

Certaines actions destinées à prévenir l'épuisement professionnel des soignants et à maintenir leur capacité professionnelle ont déjà été engagées par le directeur. Ces initiatives demandent à être poursuivies et approfondies en vue d'ancrer une véritable politique de prévention du risque d'épuisement professionnel au sein de l'établissement.

3.2.1 Poursuivre et adapter l'équipement en matériel destiné à réduire la charge physique de travail

La station debout et la manutention des personnes âgées à mobilité réduite est le lot quotidien des soignants de la maison de retraite. Cette contrainte physique peut être allégée grâce à l'utilisation d'un matériel adapté.

Ainsi, le directeur a décidé d'investir dans l'acquisition de lève-malades mobiles à harnais pour les deux sites de l'établissement. Il existe aujourd'hui sur le site Hector Malot, un lève-malades sur chacun des quatre niveaux accueillant 17 résidents. Sur celui de la Dame Blanche, deux lève-malades sont disponibles pour chacun des trois niveaux de 55 lits. La majorité des soignants interrogés au cours des entretiens déclare les utiliser, lors des transferts des résidents du lit au fauteuil et du fauteuil au lit, lorsqu'ils sont facilement accessibles et qu'ils prennent le temps d'aller les chercher. Une formation à l'utilisation de ce matériel a été organisée par l'ergothérapeute de l'établissement.

Cependant, l'exiguïté des locaux et notamment des chambres constitue un frein réel à l'utilisation des lève-malades.

Aussi, il semble intéressant d'étudier la possibilité d'installer des lève-malades sur rail au plafond dans les nouveaux locaux de l'EHPAD Hector Malot (228 lits) d'une part et de la Dame Blanche (100 lits) d'autre part. Ces lève-malades présentent des avantages en matière de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) pour le personnel soignant. De plus, ils sont toujours prêts à l'emploi en raison de leur installation fixe permanente, ce qui incite le personnel à les utiliser plus souvent. Ils permettent également aux soignants de passer plus de temps auprès du résident car ils ne perdent pas de temps à aller chercher le lève-malades mobile à l'autre bout du couloir.

La MAPA à Alfortville et la Fondation Favier à Bry-sur-Marne, deux établissements également dirigés par le directeur de la Maison de retraite intercommunale de Fontenay-sous-Bois, disposent sur certains de leurs sites de rails au plafond. Lors de visites effectuées sur ces sites, les soignants utilisateurs du système ont été unanimes sur les bienfaits de leur utilisation quotidienne : « ça nous change la vie ». De même, les cadres de santé interrogés ont également constaté une diminution des déclarations d'accident du travail lié à un problème de manutention.

Le choix d'investir dans l'installation de rails au plafond me semble judicieux non seulement au vu de l'évolution de la dépendance des résidents aujourd'hui accueillis au

sein de l'établissement, mais également en terme de gains financiers. En effet, les quelques directeurs de maison de retraite qui ont opté pour ce système observent de nombreux avantages tels que la diminution des arrêts maladie, du recours à l'intérim et l'atténuation de la fatigue physique des soignants. Or, cette fatigue physique, comme on l'a vu précédemment, risque de se transformer en fatigue morale et de contribuer à l'apparition de l'épuisement professionnel d'une partie du personnel soignant.

En outre, il est intéressant de prévoir une session de formation à l'utilisation du matériel par la société installatrice.

De plus, l'acquisition de verticalisateurs pour certains services de la maison de retraite peut être envisagée. Les verticalisateurs sont des appareils de transfert destinés à redresser le résident pour pouvoir le transférer du lit au fauteuil. Ce dernier est plus efficace qu'un lève-malades pour les résidents qui peuvent encore être sollicités, car il encourage leur mobilité. Ce matériel a été laissé à la disposition du personnel pour essai pendant trois semaines sur le site Hector Malot. Lors de cette période, il a été observé une forte utilisation du verticalisateur par le personnel qui l'a trouvé « facile à manier et très utile ».

L'investissement en matériel destiné à réduire l'épuisement professionnel des soignants engagé par le directeur doit donc être approfondi, en concertation avec la directrice des ressources humaines et le directeur des services économiques et des travaux, au vu des évolutions architecturales de l'établissement.

En outre, le directeur n'étant pas au quotidien auprès des soignants, il pourrait envisager la constitution d'un groupe de travail composé des cadres de santé, du médecin du travail, du médecin coordonnateur, de l'ergothérapeute et du directeur des soins de l'établissement. Les missions de ce groupe consisteraient, d'une part à évaluer les effets bénéfiques du matériel et les difficultés rencontrées dans son utilisation et, d'autre part, à suggérer des axes d'améliorations et d'éventuelles actions correctrices.

L'investissement et le renouvellement du matériel destiné à alléger la charge physique de travail des soignants constitue un axe essentiel de la politique de prévention des risques d'épuisement professionnel des soignants coordonnée par le directeur.

3.2.2 Mettre en place un système d'évaluation des formations et privilégier les plus performantes en terme de prévention de l'épuisement professionnel

Le directeur de l'établissement accorde une grande importance à la formation du personnel. Aussi, la directrice des ressources humaines élabore tous les ans un plan de formation dont l'objectif est de permettre au personnel d'acquérir des compétences et des qualifications nouvelles pour s'adapter aux évolutions des techniques et de la qualité des soins. Conformément au décret du 5 avril 1990⁴⁰, ce dernier est composé de quatre chapitres qui sont : les priorités de l'établissement, les priorités de service, les formations répondant à des objectifs individuels, telles que des formations de préparation de concours et/ou d'examens, et enfin des formations de promotion professionnelle. Il est élaboré à partir des demandes de formation formulées par les agents et par les cadres.

Le directeur, en concertation avec la directrice des ressources humaines, estime que la formation peut être un des moyens de prévenir l'épuisement professionnel des soignants. Aussi, on constate qu'en 2006, la prévention des accidents du travail apparaissait parmi les priorités de l'établissement mentionnées dans le premier chapitre du plan de formation.

En outre, Le directeur souhaite permettre au personnel soignant d'évoluer professionnellement. A cet effet, l'établissement consent un effort important aux formations de promotion professionnelle, dont le coût s'est chiffré en 2006 à 42.000 euros. Ainsi, en 2005 et 2006, sept agents ont obtenu le certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique. Trois agents ont obtenu le diplôme professionnel d'aide-soignant, une personne celui de cadre de santé, et une autre le diplôme d'Etat d'infirmier.

De plus, plusieurs formations destinées à réduire la souffrance physique et morale des soignants sont organisées à la fois au sein de l'établissement et dans les deux autres établissements dirigés par le directeur de la maison de retraite. Sur le plan physique, des formations à la manutention manuelle et à celle avec utilisation d'aides techniques sont organisées par l'ergothérapeute. Ces dernières ont pour objectif d'enseigner aux soignants des gestes simples pouvant les aider dans les manutentions effectuées quotidiennement. En outre, elles permettent de s'assurer que les agents utilisent correctement les lève-malades qui sont mis à leur disposition. Concernant les formations

⁴⁰ Décret n°90-319 du 5 avril 1990 relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

destinées à aider les soignants à supporter la charge psychique inhérente à leur profession les formations suivantes sont proposées : connaissance de la personne âgée, accompagnement de la fin de vie, troubles de la démence et maladie d'Alzheimer, gestion du stress.

Cependant, les actions de formations destinées à prévenir l'épuisement professionnel des soignants de la maison de retraite semblent perfectibles.

En effet, tous les soignants n'ont pas pu profiter des formations de manutention organisées par l'ergothérapeute. Aussi, au vu des résultats positifs notamment sur la fréquence d'utilisation des lève-malades dans les services ayant bénéficié de cette formation, il est important qu'elle soit organisée pour l'ensemble des soignants de l'établissement.

En outre, un effort particulier est à mener vis à vis des trois cadres de l'établissement et de la cadre supérieure de santé. En effet, d'après les deux derniers plans de formation, aucune formation axée sur les techniques de management destinés à prévenir l'épuisement des soignants ne leur a été dispensée. Les instituts de formation des cadres prévoient aujourd'hui un enseignement spécifique sur l'épuisement professionnel. Cependant, le personnel d'encadrement de l'établissement a été diplômé avant que ce module ne soit mis en place. Or, les cadres constituent des partenaires primordiaux dans la politique de prévention de l'épuisement professionnel élaborée par le directeur. Aussi, il semble important que des formations spécifiques leur soient proposées.

Enfin, pour que la formation constitue un outil efficace en matière de prévention, le directeur doit mettre en place des instruments d'évaluation des besoins et des résultats des formations organisées pour les soignants.

D'une part, une évaluation des besoins du personnel permet d'adapter la formation aux types de souffrance et de difficultés majoritairement rencontrées par les soignants. A cet effet, la directrice des ressources humaines propose tous les ans aux soignants et aux cadres de formuler leurs demandes pour l'année à venir. Cependant, les agents ne se sentent pas vraiment impliqués dans la démarche. En effet, seulement environ un tiers d'entre eux fait part de ses souhaits. Aussi, une véritable participation des agents et des cadres à la conception du plan de formation pourrait être mise en place. Des entretiens menés entre la cadre et chaque agent, par exemple lors des entretiens d'évaluation de fin d'année, pourraient être organisés afin d'obtenir des informations plus précises sur les besoins réels en matière de prévention de l'épuisement des soignants.

D'autre part, il n'existe pas aujourd'hui de système d'évaluation des formations réalisées. Lors des entretiens menés auprès des agents, j'ai pu me rendre compte qu'ils avaient de nombreuses observations à faire remonter. Ainsi une infirmière a regretté, durant la formation de l'accompagnement à la fin de vie, l'absence de cas concrets. De même, une aide-soignante a indiqué « la formation m'a apporté, mais ce qui m'a surtout plu c'est de pouvoir partager avec des collègues travaillant à la MAPA d'Alfortville ou à la Fondation FAVIER à Bry-sur-Marne » (établissements dirigés par la même équipe de direction que la maison de retraite). Or, faute de système destiné au recueil d'observations, ces dernières ne peuvent être traitées par la direction des ressources humaines. Aussi, le directeur de l'établissement pourrait envisager de mettre en place un système reposant, par exemple, sur la distribution d'un questionnaire aux soignants à l'issue de chaque formation. Ceci lui permettrait de privilégier, en concertation avec la directrice des ressources humaines, les formations les plus performantes au regard notamment de la prévention de l'épuisement professionnel.

3.2.3 Valoriser le groupe de parole et l'étendre à l'ensemble du personnel

Un groupe de parole a été mis en place en 2002 par le directeur peu de temps après sa prise de poste, suite au constat de l'augmentation de l'absentéisme et du mal être des soignants travaillant notamment sur le site Hector Malot. Un groupe fonctionne également depuis 2004 sur le site de la Dame Blanche pour les soignants intervenant au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ces groupes sont animés par un psychologue extérieur à l'établissement pendant deux heures une fois par mois et fonctionnent sur la base du volontariat.

L'objectif de ce groupe de parole est d'aider et de soutenir les soignants dans leur pratique quotidienne et ainsi de prévenir l'apparition d'un certain épuisement des équipes. Au cours de ces réunions, les agents peuvent, sous la houlette de l'animateur, exposer leurs difficultés. Il s'agit d'offrir aux soignants un espace d'échange, un temps de partage destiné à leur permettre de réfléchir à leur pratique, de valoriser leur travail et de rétablir entre eux une communication lorsqu'elle fait défaut.

Lors des entretiens menés avec les soignants et le psychologue animant ce groupe, j'ai pu faire certains constats.

Tout d'abord, l'organisation de ce groupe semble bénéfique pour les soignants qui y participent. Ainsi, j'ai pu recueillir les témoignages suivants : « j'apprécie de pouvoir

m'exprimer librement avec une personne de l'extérieur », « ça me fait du bien de pouvoir parler de mes problèmes », ou encore « c'est utile pour prendre du recul par rapport à la façon de prendre en charge les résidents ». De plus, ce groupe permet de libérer les paroles retenues dans les équipes et surtout de dédramatiser certaines situations conflictuelles en raison notamment de non-dits ou de rumeurs. Ainsi, lors d'une des séances, le psychologue a senti une tension entre deux personnes qui, selon lui, « se regardaient avec des mitrailleuses à la place des yeux », une d'entre elles ayant pris la parole en indiquant « moi, j'ai un conflit avec celle-là » en pointant du doigt sa collègue. Grâce à l'intervention de l'animateur, ces personnes ont pu dédramatiser la situation lorsqu'elles ont pu verbaliser chacune ce qu'elles reprochaient à l'autre. Ainsi, grâce au soutien du psychologue et de leurs collègues, elles se sont rendu compte que les griefs n'avaient pas l'ampleur qu'elles leur attribuaient.

Cependant, comme nous l'avons vu, ces groupes ne sont ouverts qu'à une partie du personnel. Or, l'épuisement est susceptible de toucher tous les soignants travaillant au sein de l'établissement. Aussi, lors des entretiens, plusieurs de ces soignants ont exprimé le souhait de pouvoir également y participer.

Ensuite, la participation, qui se situe entre six et dix personnes, reste faible. En effet, certains soignants n'y participent pas car ils pensent ne pas y avoir accès. Ainsi, alors que tous les soignants y ont accès, les infirmières que j'ai rencontrées m'ont expliqué, au cours des entretiens, qu'elles n'y allaient pas parce que ce groupe était réservé aux aides-soignants et aides médico-psychologiques. Or, l'utilité de ce groupe est notamment de permettre à l'ensemble des soignants d'échanger en dehors du rapport hiérarchique qui existe entre aides-soignants, aides médico-psychologiques et infirmiers dans le travail quotidien. D'autres soignants ne participent pas à ces séances parce qu'ils n'en voient pas l'utilité ou ont peur de se confier. Ainsi, une aide-soignante m'a dit « je n'en ai pas besoin », une de ses collègues a précisé « parler c'est bien beau, mais moi je veux des réponses concrètes à mes problèmes ».

Face à ces constats, le directeur doit mener une réflexion d'ensemble sur l'organisation de ce groupe de travail. En effet, il conviendrait, d'une part, en concertation avec le directeur des soins et les cadres de santé de l'établissement, de mettre en place un système d'évaluation des interventions du psychologue extérieur auprès des équipes. Suite aux conclusions de cette évaluation, il pourrait être envisagé d'étendre l'accès de ce groupe de parole à tous les services de la maison de retraite.

D'autre part, un travail de valorisation doit être entrepris afin que plus de soignants y compris les infirmiers y participent réellement. Aussi, la participation possible de tous les agents au groupe de parole a été rappelée notamment lors des séances de travail organisées avec les agents en vue d'élaborer le projet de vie des unités accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Ce travail de valorisation du groupe de parole pourrait être confié aux cadres de santé de l'établissement.

Il n'existe pas aujourd'hui de véritable politique de prévention du risque d'épuisement professionnel identifiée comme telle par les agents de l'établissement. Aussi, au-delà de la poursuite des actions qui ont été initiées par le directeur, la mise en œuvre d'une politique coordonnée impliquant l'ensemble du personnel de l'institution pourrait être envisagée. Cette dernière permettrait, d'une part de sensibiliser l'ensemble du personnel de direction, le médecin du travail et les cadres de santé à la démarche et, d'autre part, d'obtenir de meilleurs résultats en matière de prévention.

En vue d'asseoir cette politique, de nouvelles pistes d'actions peuvent être envisagées.

3.3 De nouvelles pistes de réflexion à explorer

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être analysées en vue de mettre en place une véritable politique de prévention du risque d'épuisement professionnel. Toutefois, il convient tout d'abord d'identifier les acteurs clés de cette politique sur lesquelles l'équipe de direction peut s'appuyer.

3.3.1 Identifier et sensibiliser des acteurs clés dans la prévention de l'épuisement professionnel

Les principaux acteurs de la politique de prévention du risque d'épuisement professionnel des soignants sont le directeur des soins, le médecin du travail et les cadres de santé.

Tout d'abord, le directeur des soins a un rôle de coordination et d'interface à jouer entre l'équipe de direction et les acteurs de terrain que sont le médecin du travail et les cadres de santé.

Ensuite, le médecin du travail a un rôle particulier à jouer dans la prévention collective de l'épuisement professionnel des soignants. En effet, sa mission première doit être de se

faire l'écho auprès de l'équipe de direction et des instances, notamment du CHSCT⁴¹, de la souffrance exprimée par les soignants. Il lui appartient également, au vu d'une analyse de terrain, de fournir des modèles d'explication tenant compte de l'organisation du travail. Enfin, l'activité du médecin du travail ne doit pas se cantonner à une action de simple constat médico-administratif. Il a un rôle dynamique à jouer dans la proposition de stratégies de prévention.

Enfin, les cadres de santé sont en contact direct avec le personnel soignant et donc au premier plan pour repérer des signes annonciateurs d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ils sont garants tant de la qualité des soins que de la qualité de vie au travail des membres de leur équipe. Cette tâche n'est pas toujours évidente pour des cadres qui, en raison de leur position intermédiaire entre les équipes soignantes, les résidents, les familles et l'équipe de direction, sont également exposés à l'épuisement professionnel. Au sein de la maison de retraite, ces professionnels passent la quasi totalité de leur temps de travail à gérer les plannings du personnel. Aussi, ils doivent être sensibilisés et encouragés par l'équipe de direction à mener une action dynamique de veille et de prévention de l'épuisement professionnel.

3.3.2 Favoriser le travail en équipe pluridisciplinaire

Le travail en équipe n'est pas une conception intégrée naturellement dans la formation des soignants. Il ne devient réel et ne peut se comprendre que dans la pratique professionnelle.

Aujourd'hui, au sein de l'établissement, les réunions en équipes pluridisciplinaires incluant les aides-soignants, aides médico-psychologiques, infirmiers, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, la kinésithérapeute, la psychologue, mais également le cadre et le médecin du service ne sont pas réalisées de façon régulière dans l'ensemble des services. En effet, si des réunions sont organisées régulièrement entre l'équipe soignante, le cadre et le médecin dans certains services, les entretiens menés avec les soignants ont mis en évidence la rareté des réunions pluridisciplinaires.

Or, au vu des difficultés illustrées par certains propos des aides-soignants et aides médico-psychologiques : « on ne nous écoute pas, de toutes façons », l'organisation régulière de réunions d'équipes pluridisciplinaires au cours desquelles chaque

⁴¹ Comité d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail

professionnel aurait l'occasion de donner son avis sur l'état de santé des résidents mais également de partager des connaissances essentielles à la cohérence des soins et au bon fonctionnement des équipes pourrait être envisagée. Ceci permettrait en effet aux soignants et notamment aux aides-soignants et aides médico-psychologiques qui sont porteurs d'informations importantes concernant l'évolution de l'état de santé des résidents d'en faire part à leurs collègues soignants mais également aux autres intervenants. L'effet d'un tel partage semble bénéfique à plusieurs égards. En effet, d'une part, les soignants se sentent valorisés parce qu'ils sont entendus par leurs collègues. D'autre part, leur investissement dans le travail et l'ambiance s'améliorent également.

Dans le cadre de mon stage à la maison de retraite, j'ai eu l'occasion d'expérimenter certains des effets positifs du travail en pluridisciplinarité. Dans le cadre de l'élaboration d'un projet de vie au sein des deux unités accueillant des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer, j'ai réuni, une fois par mois et pendant quatre mois, les aides-soignants, aides médico-psychologiques, infirmiers, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, la kinésithérapeute intervenant au sein de ces unités. Ces réunions ont eu pour objectif de réfléchir, à partir du vécu quotidien des soignants et de leurs idées pour améliorer la cohérence du travail d'équipe et la prise en charge des résidents, sur des thèmes tels que l'accueil de la personne âgée au sein de ces unités, le respect du résident, le maintien de son autonomie et enfin l'intégration des familles.

Plusieurs résultats positifs pouvant alimenter la réflexion relative à l'élaboration d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel ont pu être observés. D'une part, les soignants, dont plusieurs se plaignaient de perte de motivation, se sont fortement investis dans ce projet. D'autre part, leur avis a été non seulement entendu mais également pris en compte dans l'élaboration du projet de vie. Ceci a valorisé leur travail quotidien auprès des personnes âgées et également renforcé leur investissement et leur motivation.

Selon Marshall (1978), une politique de prévention de la souffrance au travail doit permettre aux soignants d'exprimer et de partager leurs réactions dans des réunions d'équipes régulières. Aussi, la mise en place de réunions pluridisciplinaires où les idées et l'avis de chacun peut être mentionné et pris en compte constitue un levier important en matière de motivation du personnel et ainsi de prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

En effet, ces séances privilégient l'expression et la reconnaissance des soignants. Or, selon E. CARRE et A. LABRUFF⁴², l'expression et la reconnaissance constituent deux des facteurs essentiels de la motivation du personnel. En effet, ces derniers évoquent en parlant de la motivation du personnel, quatre besoins fondamentaux de l'homme au travail qui sont le besoin fondamental de connaissance, la progression et le perfectionnement, l'expression et enfin la reconnaissance.

Ainsi, une réflexion destinée à généraliser la démarche de travail en équipe pluridisciplinaire pourrait être envisagée. A cet effet, le directeur de la maison de retraite pourrait charger le directeur des soins de coordonner cette démarche en partenariat avec les cadres de santé.

3.3.3 Mettre en place une organisation favorisant le partage d'information

A la maison de retraite intercommunale, les transmissions se font principalement par écrit sur le logiciel de soins « PSI » (Plan de Soins Informatisé). Elles se font également de manière informelle oralement entre infirmières d'une part, et aides-soignants d'autre part au moment de la relève. Toutefois, les temps de chevauchement (entre 13h30 et 13h45, 21h et 21h15) ne sont pas mis à profit pour échanger des informations entre soignants. De plus, on constate l'absence de transmissions orales entre les aides-soignantes, aides médico-psychologiques et les infirmiers.

Même si l'essentiel des informations circule, on peut regretter l'absence d'une organisation favorisant le partage régulier d'informations. En effet, comme le précise la circulaire du 19 janvier 1996⁴³, « une attention particulière doit être portée à la qualité de la transmission des informations échangées entre l'infirmier... et l'aide-soignant tant au sein d'une même équipe que lors des changements d'équipe ».

En outre, l'organisation systématique de transmissions de courte durée (quinze minutes environ) entre les infirmiers et les aides-soignants, aides médico-psychologiques leur permettrait d'échanger régulièrement sur l'évolution de l'état de santé des résidents ainsi que sur les modes de prise en charge. Une telle organisation permettrait de renforcer la cohérence du travail des soignants et donc diminuerait le sentiment de solitude observé

⁴² Carre E., Labruff A., 2004, *100 questions pour comprendre et agir, Le Management*. Saint Denis La Plaine : AFNOR, p.229.

⁴³ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996 relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitaliers.

chez certains d'entre eux. Ces réunions pourraient également, par leur fréquence, désamorcer certaines situations de blocage et de conflits entre soignants et, ainsi, améliorer l'ambiance de travail. Tous ces effets bénéfiques sont à prendre en compte dans une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel.

Ainsi, l'équipe de direction peut, en s'appuyant sur les cadres de santé, insister pour que les temps de chevauchement soient réellement utilisés pour les transmissions.

3.3.4 Privilégier une démarche participative du personnel dans la gestion de projet

Une démarche participative a été mise en place au travers de deux différents projets qui ont constitué l'objet de mes principales missions de stage : l'élaboration d'un projet de vie au sein d'unités accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et le projet de reconstruction d'un EHPAD de 100 lits sur le site de la Dame Blanche.

D'une part, l'élaboration du projet de vie des deux unités accueillant respectivement onze et seize résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de pathologies apparentées a été réalisé grâce au travail des soignants de ces unités.

En effet, un comité de pilotage a été constitué en vue de donner les orientations du projet, à savoir : établir une cohérence dans la prise en charge des résidents et réfléchir aux valeurs et pratiques véhiculées quotidiennement au sein de ces unités autour de quatre thèmes (l'accueil, le respect des résidents, le maintien de leur autonomie et l'intégration des familles). En outre, deux groupes de travail composés d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, d'infirmiers, de l'ergothérapeute, de la kinésithérapeute et de la psychomotricienne se sont réunis une fois par mois pendant quatre mois pour réfléchir autour des quatre thèmes retenus. Puis, une fois rédigé, le projet de vie a été présenté aux équipes qui ont eu à nouveau l'occasion de donner leur avis sur son contenu.

Le projet de vie que j'ai rédigé a pour objectif de définir les actions mises en œuvre au quotidien destinées à accompagner et maintenir l'autonomie des résidents. Toutefois, il a également permis la réalisation d'un véritable travail d'équipe dans lequel l'ensemble des soignants s'est investi.

Dans le cadre d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel des soignants, cette démarche participative me paraît intéressante à plusieurs égards. D'une part, chaque membre de l'équipe soignante a eu l'occasion de donner son avis et d'être

entendu, ce qui a eu pour effet de le valoriser à un moment où certains soignants souffraient d'une baisse de motivation. D'autre part, chaque membre de l'équipe a participé à l'élaboration du projet, il se l'est approprié au fur et à mesure des séances de travail, ce qui aura pour effet de faciliter sa mise en œuvre et d'améliorer la cohésion au sein des équipes.

Le projet architectural de restructuration du site de la Dame Blanche a également été structuré en interne autour de deux groupes distincts. Un comité de pilotage a donné les orientations du projet à savoir : la construction, sur quatre niveaux, d'un EHPAD de 100 lits et d'un accueil de jour de 10 places sur le site actuel de la Dame Blanche. En outre, un groupe de travail composé de douze représentants des différents services (techniques, administratifs, médicaux, de soins, d'animation) de l'établissement et comprenant notamment deux aides-soignants, une infirmière travaillant sur le site de la Dame Blanche et la cadre supérieur de santé a également été constitué. Sa mission a consisté, d'une part, à identifier le plus clairement possible, les besoins de l'établissement en vue d'établir le programme technique détaillé, puis, d'autre part, à analyser les trois projets des candidats retenus en vue d'établir une synthèse destinée à la commission d'appel d'offres devant se prononcer sur le candidat lauréat.

Les représentants des différents services de la maison de retraite membres du groupe de travail ont joué un rôle de référent auprès de leurs collègues. Ils ont ainsi recueilli les besoins recensés par leurs collègues à l'aide d'un questionnaire et les ont restitués au sein du groupe de travail. La synthèse de ces besoins mise en forme par un consultant spécialisé a permis d'élaborer le programme technique détaillé du projet architectural remis aux trois candidats sélectionnés par appel d'offres restreint.

De plus, l'ensemble du personnel de l'établissement a été convié à des réunions de présentation des trois projets architecturaux reçus et ont pu faire part de leurs remarques sur un cahier laissé à leur disposition.

La participation du personnel, et notamment du personnel soignant à la conception du projet présente de nombreux avantages en matière de prévention de l'épuisement professionnel.

D'une part, les soignants, en tant qu'utilisateurs, possèdent une connaissance des nécessités concrètes et quotidiennes relatives aux conditions physiques de travail. Aussi, leurs avis et remarques constituent des éléments précieux en vue d'améliorer les conditions physiques de travail qui constituent un des facteurs clés de la prévention de l'épuisement professionnel des soignants.

D'autre part, les discussions au sein du groupe de travail ont permis un débat pluridisciplinaire sur les difficultés observées. Les soignants qui y ont participé se sont montrés très motivés et selon leurs dires, ils ont particulièrement apprécié d'être entendus et de sortir de la routine du quotidien.

De même, l'explication des trois projets architecturaux élaborés par les architectes retenus lors de l'appel d'offres restreint a également eu des effets bénéfiques. Elle a permis au personnel de mieux comprendre les enjeux et les transformations architecturales futures de l'établissement.

Enfin, ce type de management s'est révélé positif puisqu'il a permis au personnel de s'approprier le projet et de se projeter dans leur avenir professionnel au sein de l'établissement. Il semble tout à fait intéressant d'y avoir recours lors des nouvelles phases de restructurations auxquelles l'établissement va se trouver confronté.

En effet, les travaux de reconstruction de l'EHPAD Hector Malot actuellement en cours doivent se terminer au cours de l'année 2009. Lorsque ce dernier sera achevé, les résidents et le personnel qui se trouvent actuellement sur le site de la Dame Blanche vont déménager dans les nouveaux locaux. C'est à ce moment que les travaux de démolition et reconstruction du nouveau site de la Dame Blanche seront réalisés.

Les soignants s'inquiètent au sujet de leurs futures conditions de travail qui dépendent de la configuration des locaux et notamment du nombre de résidents par unités. Ainsi, la plupart des soignants interrogés au cours des entretiens redoutent de se retrouver seuls à travailler au sein d'une unité. En outre, ils sont très méfiants concernant les évolutions architecturales.

La démarche participative et explicative développée par l'équipe de direction ayant été à la fois efficace et accueillie positivement pour le projet de reconstruction du site de la Dame Blanche, il semble intéressant de réitérer cette démarche concernant le déménagement et la nouvelle organisation du travail au sein du nouveau site Hector Malot. Ainsi, une réflexion pourrait être engagée, dès la fin de l'année 2007, pour expliquer et susciter la participation des soignants à une réflexion globale relative, d'une part, au déménagement des résidents et du personnel du site de la Dame Blanche sur le site Hector Malot et, d'autre part, à l'organisation des conditions de travail.

Conclusion

Si la plupart des soignants travaillant en maison de retraite souhaitent pouvoir partager avec les personnes âgées, ils sont aujourd'hui nombreux à souffrir d'un manque de reconnaissance et d'une certaine fatigue professionnelle à la fois physique et psychique.

En effet, soigner et accompagner les résidents en EHPAD est un métier difficile et demande une forte implication personnelle. En outre, les soignants des maisons de retraite exercent leur métier dans des conditions de travail difficiles et un environnement complexe où s'entrecroisent des pouvoirs explicites et implicites. Aussi, le directeur d'un établissement sanitaire et social a un rôle important à jouer pour aider ces professionnels à conserver leur motivation et mettre en oeuvre un projet professionnel. Une infirmière de la maison de retraite intercommunale exprime très bien ce besoin d'aide lorsqu'elle précise « c'est parce que notre profession nous amène à côtoyer la souffrance, la maladie, la mort que nous avons besoin d'être aidés pour pouvoir rester aidants ».

En outre, dans le contexte actuel de vieillissement de la population soignée en France, l'enjeu principal en terme de ressources humaines est d'aider les soignants des maisons de retraite à maintenir leur capacité professionnelle le plus longtemps possible.

La mise en œuvre d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel peut contribuer au maintien des capacités professionnelles des soignants, grâce aux actions menées en vue de réduire la pénibilité à la fois physique et psychologique de leur travail.

Le directeur d'un établissement sanitaire et social ne peut développer efficacement une telle politique qu'en s'appuyant sur des acteurs clés tels que le médecin du travail ou les cadres de santé.

En outre, si les bénéfices des actions de prévention apparaissent dans un premier temps chez le personnel soignant, ces derniers se manifesteront ensuite par une amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents. Ainsi, l'instauration d'une politique de prévention du risque d'épuisement des soignants constitue non seulement un des piliers du management des ressources humaines en maison de retraite, mais contribue également à l'amélioration de la qualité au sein des EHPAD.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION. Arrêté du 30 avril 1992 instituant un certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique. Journal officiel, n°197 du 26 août 1992. Modifié par l'arrêté du 24 juin 1994. Journal officiel «Lois et Décrets» du 8 novembre 1994, 15862.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6223.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Arrêté du 26 avril 1999 fixant le contenu du cahier des charges de la convention pluriannuelle prévue à l'article 5-1 de la Loi n°75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales. Journal officiel, n°98 du 27 avril 1999, 6256.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-194 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier. Journal officiel, n°40 du 16 février 2002, 3040.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-413 du 6 avril 2006 relatif aux groupements assurant la coordination des interventions en matière d'action sociale et médico-sociale. Journal officiel, n°84 du 8 avril 2006, 5317.

Ouvrages

ARBORIO A.M., 2001, *Un personnel invisible : les aides-soignantes à l'hôpital*, Paris : Anthropos, coll « Sociologiques », 334 p.

CANOUI P., MAURANGES A., 1998, *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses*, Editions Masson, 209 p.

ESTRYN-BEHAR M., 1996, *Ergonomie hospitalière, Théorie et pratique*, Paris : Editions Estem, 556 p.

ESTRYN-BEHAR M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris : Editions Estem, 245 p.

Articles de périodiques

AMALBERTI F., octobre 2001, « L'ergonomie au service de la gériologie », *Soins Gériologie*, n°31, pp.36-37.

BADEY-RODRIGUEZ C., mars 2003, « Le personnel », *Gériologie et société*, n°104, pp.69-81.

BELFER R., juillet-Août 2005, « Conditions de travail, Grâce à Presst, je reste ! », *L'infirmière magazine*, n°207, pp.8-10.

BONNET M., MACREZ P., avril 2004, « Comprendre l'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'infirmière*, n°100, pp.19-22.

BORRITZ M., CHRISTENSEN K., KRISTENSEN T., VILLADSEN E., september 2005, "The Copenhagen Burnout Inventory : a new tool for the assessment of burn out ", *Work and stress*, vol.19, pp.192-207.

CANOÛ P., 1998, « L'évaluation du burn out et ses résultats », *Soins*, n°630, pp.12-14.

CANOÛ P., 2003, « La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques », *Info Kara*, n°2, pp.101-104.

DELMAS P., mars 2007, « La hardiesse, une ressource pour mieux gérer le stress », *Revue de l'infirmière*, n°128, pp.24-25.

DE MULLENHEIM S., octobre-novembre 2004, « Epuisement au travail, vers une épidémie de « burn out », *Gérosopie magazine*, n°4, p.12.

DESMET C., BOUISSON V., août /septembre/octobre 1999, « Améliorer la charge mentale de travail des aides-soignants », *Soins Gériatrie*, n°19, pp.31-34.

ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., DUVILLE N., 2005, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » [en ligne], disponible sur internet : <http://www.presst-next.com>.

ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., LORIOL M., BEN-BRICK E., CAILLARD J F., mai 2006, « locaux à réhabiliter », *L'infirmière magazine*, n°216, pp.7-11.

ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., octobre 2006, « Insuffisance du travail en d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession d'infirmière », *Soins Cadres*, hors série n°2, pp.2-13.

ESTRYN-BEHAR M., LE NEZET O., PAOLI M-C., SALBREUX R., février 2007, « La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées », *La revue de gériatrie*, Tome 32, pp.95-110.

FABREGAS B., novembre 1998, « Comprendre le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », *Soins*, n°630, pp.10-11.

GOLDENBERG E., 1988, « Aider les soignants en souffrance », *JALMALV*, n°14, p.3-13.

GUIMELCHAIN-BONNET M., MACREZ P., mai 2006, « L'épuisement professionnel des soignants », *Revue de l'infirmière*, n°121, pp.35-37.

GUIMELCHAIN-BONNET M., septembre 2006, « Aide-soignant de nuit, témoignages », *L'aide-soignante*, n°79, pp.18-19.

GUIMELCHAIN-BONNET M., mars 2007, « L'épuisement dans le travail », *L'aide-soignante*, n°85, pp.9-10.

HEIN F., mars 2003, « Le personnel », *Gériatrie et société*, n°104, pp.63-68.

JACQUEMIN N., ROMIGUIERE M., novembre 1998, « Des infirmières brûlent », *Soins*, n°630, pp.15-16.

MACREZ P., mai 2003, « L'épuisement professionnel des soignants ou « burn out », *L'aide-soignante*, n°47, pp.22-23.

MAURANGES A., mars 2007, « Le syndrome d'épuisement professionnel, une réalité de plus en plus fréquente », *Revue de l'infirmière*, n°128, pp.12-15.

POULIN E., mai/juin 2002, « Le travail en gériatrie, à la recherche de sens », *Soins Gériatrie*, n°35, pp.32-34.

PLOTON L., 1981, « La souffrance des soignants en gériatrie », *La revue de gériatrie*, T.6, n°3.

SEBAG-LANOÉ R., 1984, « Vieillesse, pertes et deuils : les réactions des soignants », *Médecine et Hygiène*, p.42.

TOCHE D., décembre 2002, « La motivation du personnel soignant en gériatrie : entre postures et valeurs », *Recherche en soins infirmiers*, n°71, pp.56-62.

VARINI E., octobre 2005, « Une nuit auprès des personnes âgées », *Décideurs en gérontologie*, n°73, pp.23-24.

VIENNET L., octobre 2005, « La démotivation des infirmières âgées », *Documents Cleirppa*, n°20, pp.28-29.

WARNET S., mars 2007, « Approche pratique de l'épuisement professionnel », *Revue de l'infirmière*, n°128, pp.16-18

WARNET S., mars 2007, « Prévenir et soigner l'épuisement professionnel », *Revue de l'infirmière*, n°128, pp.18-23.

Liste des annexes

ANNEXE I : Guide d'entretien pour les soignants

ANNEXE II : Guide d'entretien pour le directeur des soins et la cadre supérieur de santé

ANNEXE III : Guide d'entretien pour le médecin du travail

ANNEXE IV : Guide d'entretien pour le psychologue extérieur animant des groupes de parole

ANNEXE V : liste des personnes rencontrées

ANNEXE I

Guide d'entretien pour les soignants

1- Présentation de la personne, de sa trajectoire professionnelle

- âge
- origine géographique
- ancienneté dans l'établissement
- ancienneté dans le service
- formation initiale
- date du diplôme
- autres expériences professionnelles avant l'arrivée dans l'établissement

2- Présentation de l'établissement, depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui

- connaissance que vous aviez de l'établissement avant votre arrivée
- vos premières impressions
- l'évolution des modalités du travail depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui
- l'évolution du profil des résidents depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui
- les relations professionnelles

3- Le travail dans l'établissement

- les résidents (agressivité, démence, fin de vie, exemples, réponses professionnelles et personnelles)
- le volume de travail
- les modalités du travail
- l'environnement et les conditions de travail
- description du travail quotidien (en terme d'actions mais aussi d'échanges)
- ce qui est le plus difficile dans le travail
- ce qui est le plus gratifiant
- les relations avec l'encadrement, les autres professionnels, les résidents, les familles

4- L'épuisement dans toutes ses dimensions

- comment naît l'épuisement ?
- quelles sont ses causes ?
- comment le vivez vous ?
- est-il pris en charge par l'établissement, et comment ?
- est-ce que vous en parlez ?
- quelles sont ses incidences sur la vie au travail, sur la vie personnelle, sur l'état de santé ?

5- Les solutions mises en œuvre pour y remédier dans l'établissement

- solutions mises en oeuvre (leurs effets)
- préconisations pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants

ANNEXE II

Guide d'entretien pour le directeur des soins et la cadre supérieur de santé

1- Présentation de la personne, de sa trajectoire professionnelle

- ancienneté dans l'établissement
- formation initiale
- autres expériences professionnelles avant l'arrivée dans l'établissement

2- Présentation de l'établissement, depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui

- vos premières impressions
- l'évolution des modalités du travail des soignants depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui
- l'évolution du profil des résidents

3- Le travail des soignants dans l'établissement

- les résidents (agressivité, démence, fin de vie, exemples, réponses professionnelles et personnelles)
- le volume de travail des soignants
- la charge de travail (physique et psychologique) des soignants
- les modalités de leur travail
- l'environnement et les conditions de travail
- ce qui est le plus difficile dans le travail des soignants
- ce qui est le plus gratifiant
- leurs relations avec les soignants

4- L'épuisement dans toutes ses dimensions

- description de cas concrets d'épuisement professionnel rencontrés dans votre carrière et éventuellement au sein de la maison de retraite
- comment naît l'épuisement des soignants ?
- les principaux indicateurs de l'épuisement professionnel des soignants
- quelles sont ses causes ?

- comment les soignants vivent-ils l'épuisement professionnel ?
- est-il pris en charge par l'établissement, et comment ?
- est-ce que les soignants ont l'occasion d'en parler ?
- quelles sont les incidences de l'épuisement professionnel des soignants sur l'organisation du travail au sein de l'établissement ?

5- Les solutions mises en œuvre pour y remédier dans l'établissement

- solutions mises en œuvre (leurs effets)
- actions à développer pour prévenir l'épuisement professionnel

ANNEXE III

Guide d'entretien pour le médecin du travail

1- Présentation de la personne, de sa trajectoire professionnelle

- ancienneté dans l'établissement
- autres expériences professionnelles avant l'arrivée dans l'établissement

2- Présentation de l'établissement, depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui

- vos premières impressions
- l'évolution des modalités du travail des soignants depuis votre arrivée jusqu'à aujourd'hui
- l'évolution du profil des résidents

3- Le travail des soignants dans l'établissement

- les résidents (agressivité, démence, fin de vie, exemples, réponses professionnelles et personnelles)
- le volume de travail des soignants
- la charge de travail (physique et psychologique) des soignants
- les modalités de leur travail
- l'environnement et les conditions de travail
- ce qui est le plus difficile dans le travail des soignants
- ce qui est le plus gratifiant

4- Les pathologies des soignants de l'établissement

- les pathologies les plus fréquentes chez les soignants
- observez-vous une augmentation de certaines pathologies chez le personnel soignant de la maison de retraite ?

5- L'épuisement dans toutes ses dimensions

- pouvez vous me décrire des cas concrets d'épuisement professionnels rencontrés dans votre carrière et éventuellement au sein de la maison de retraite ?
- peut-on parler d'épuisement des soignants de la maison de retraite ?
- comment naît l'épuisement des soignants ?
- les principaux indicateurs de l'épuisement professionnel des soignants
- quelles sont ses causes ?
- comment se manifeste t-il ?
- comment les soignants vivent-ils l'épuisement professionnel ?
- est-il pris en charge par l'établissement, et comment ?

6- Les solutions mises en œuvre pour y remédier dans l'établissement

- solutions mises en oeuvre (leurs effets)
- actions à développer pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants

ANNEXE IV

Guide d'entretien pour le psychologue extérieur animant des groupes de parole

1- La mise en place des groupes de parole au sein de l'établissement

- date de mise en place
- contexte dans lequel ces groupes ont été mis en place

2- L'organisation des groupes de parole

- fréquence et durée des groupes de parole
- dans quels services de la maison de retraite sont-ils organisés ?
- niveau de participation du personnel soignant
- toutes les catégories de soignants (AS, AMP, IDE) y participent elles ?

3- L'épuisement dans toutes ses dimensions

- description de cas concrets d'épuisement professionnel rencontrés dans votre carrière et éventuellement au sein de la maison de retraite
- peut on parler d'épuisement des soignants participant aux groupes de parole ?
- comment se manifeste t-il ?
- comment naît l'épuisement des soignants ?
- quelles sont ses causes, ses conséquences ?
- comment les soignants vivent-ils l'épuisement professionnel ?
- les soignants évoquent ils cet épuisement lors des groupes de parole ?

4- Le bilan des groupes de parole au sein de l'établissement

- les objectifs des groupes de parole
- l'évolution
- les résultats
- le bilan global de votre intervention au sein de l'établissement

5- Les actions à développer pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants au sein de l'établissement

ANNEXE V

Liste des personnes rencontrées

- deux aides médico-psychologiques travaillant sur le site de la Dame Blanche (1^{er} niveau) au sein des unités spécialisées dans l'accueil de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer

- cinq aides-soignants travaillant sur les niveaux 2, 3 et 4 du site de la Dame Blanche

- deux aides-soignants travaillant sur le site Hector Malot

- une infirmière travaillant de nuit

- quatre infirmiers travaillant sur les niveaux 1, 2, 3 et 4 du site de la Dame Blanche

- une infirmière travaillant sur le site Hector Malot

- la cadre supérieur de santé

- le directeur des soins

- le médecin du travail

- le psychologue extérieur à l'établissement animant des groupes de parole