

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

**Le Care au service des soignants**  
*Rôle du management dans l'accompagnement de  
l'épuisement professionnel*

Florence HUSSE

**DCS@22-23**



*« Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé et le courage de changer ce qui peut l'être, mais aussi la sagesse de distinguer l'un et l'autre »*

Marc-Aurèle

**Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

## Remerciements

Mes premiers remerciements vont à ma directrice de mémoire Nadine Pezière qui dès notre premier contact a su me mettre en confiance, puis qui m'a encouragée, accompagnée à distance, en me laissant toute latitude.

Merci à Mr Farnault directeur de l'ESM qui a guidé notre groupe dans les premiers ateliers mémoire, puis à Miriam Boulanouar qui a rejoint l'équipe pédagogique au printemps et qui a été à l'écoute et m'a encouragée, alors que la période était particulièrement éprouvante.

Merci à mes ami.e.s, mes collègues pour leurs encouragements et leur soutien constant qui m'ont aidé pour tenir le coup jusqu'au bout de cette année enrichissante, exigeante, fatigante...

Merci à mes 3 Loulous et à mes parents qui chacun à leur façon m'ont accompagnée dans cette aventure :

A Coline, mon aînée partie en Belgique qui rejoindra la grande famille des soignants au terme de ses années d'études de sage-femme, qui m'a dit si souvent qu'elle croyait en moi, que j'y arriverai...

A Antoine, mon ado nonchalant et discret qui prenait le relai auprès de sa petite sœur et m'aidait à la maison quand j'étais fatiguée, débordée...

A Emilie, ma petite dernière qui ne comprenait pas toujours mon indisponibilité mais qui a été patiente, m'offrant ses dessins si souvent pour me faire plaisir...



A mon père qui parle peu mais qui m'a encouragée à sa façon et qui je le sais est fier de moi...

A ma mère qui l'est tout autant, qui m'a soutenue, et qui a été la première à lire ce mémoire pour la relecture et les corrections. Un grand merci pour ton œil affûté.

## Sommaire

<b>Liste de abréviations .....</b>	<b>8</b>
<b>Introduction.....</b>	<b>9</b>
1.1 Contexte d'émergence.....	10
1.2 Le questionnement de départ .....	11
<b>2 Le cadre de référence.....</b>	<b>12</b>
2.1 Les risques psycho-sociaux.....	12
2.1.1 Définitions, facteurs de risques et de protection.....	12
2.1.2 Les 6 dimensions des facteurs de risques, explorées à l'hôpital.....	13
2.1.3 Les conséquences des RPS .....	15
2.1.4 L'évaluation des RPS .....	16
2.1.5 La réglementation.....	16
2.1.6 La prévention des RPS .....	17
2.2 L'épuisement professionnel ou burn out .....	19
2.2.1 L'histoire de ce syndrome .....	19
2.2.2 Pathologie ou syndrome ? Comment en arrive-t-on à un tel épuisement ? .....	20
2.2.3 Les manifestations cliniques et les facteurs de risques individuels .....	20
2.2.4 L'ampleur du phénomène, une évaluation difficile ?.....	21
2.2.5 Les causes déterminantes qui mènent à l'épuisement .....	22
2.2.6 Le traitement du burnout .....	22
2.3 Le management .....	23
2.3.1 Le CDS, compétent pour agir sur la prévention du SEP ? .....	23
2.3.2 Les rôles du CDS dans les préventions de SEP .....	24
2.3.3 Les limites du rôle du CDS.....	25
2.3.4 Des pistes, des outils pour se protéger ?.....	26
2.3.5 Des formations pour apprendre les risques et s'en prémunir ? .....	28
<b>3 La question de recherche.....</b>	<b>30</b>
<b>4 La construction du modèle d'analyse.....</b>	<b>31</b>
4.1 Le choix de l'outil de recherche .....	31
4.2 Le guide d'entretien .....	31
4.3 Le choix des professionnels .....	31
<b>5 L'enquête de terrain, les entretiens.....</b>	<b>32</b>
5.1 Les professionnels rencontrés.....	32
5.2 L'analyse de l'enquête .....	32
5.2.1 Le syndrome d'épuisement professionnel, qu'est-ce que c'est ?.....	33
5.2.2 Le management et le syndrome d'épuisement professionnel .....	38
<b>6 La confrontation des résultats avec les hypothèses et la question de recherche .....</b>	<b>47</b>
<b>7 Les choix et les limites de ce travail .....</b>	<b>49</b>
7.1 Les choix .....	49
7.2 Les limites .....	49

**Conclusion ..... 50**  
**Bibliographie ..... 51**  
**Webographie ..... 51**  
**Annexes ..... 53**

## Liste de abréviations

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ARACT : agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail

CDS : cadre de santé

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : infirmier, infirmière diplômé d'Etat

INRS : institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles

QVCT : qualité de vie et conditions de travail

RPS : risques psycho-sociaux

SEP : syndrome d'épuisement professionnel

SPF : Santé Publique France



## Introduction

L'année de formation cadre de santé permet une certaine prise de hauteur sur nos pratiques, notre lieu d'exercice, et amène ainsi à réfléchir sur la posture que l'on souhaite avoir en tant que future cadre. Ainsi le travail de mémoire demandé sur cette année nous positionne en apprenti-chercheur.

En tant qu'infirmière, j'ai le sentiment d'avoir vu les conditions de travail en hospitalier se dégrader au fur et à mesure des années. Les équipes dans lesquelles j'ai exercé étaient souvent en sous-effectifs alors que les lits de nos patients étaient toujours pleins, un entrant toujours fléché sur un sortant. Dans mon expérience au bloc opératoire, les interventions programmées s'enchaînaient, les urgences se bousculaient souvent ou attendaient plusieurs jours avant d'être enfin opérées, et nous étions dans l'impossibilité de répondre de façon plus optimale puisque la pénurie de panseuses est nationale, que les candidats sont rares, creusant les sous-effectifs d'année en année...mais c'est là un autre problème. Le fait est que ceux en poste sont de plus en plus soumis à la pression de l'activité demandée, voient leur planning de travail bousculé et surchargé sans cesse.

Je constate hélas que cette tendance est générale dans tous les secteurs d'activité du soin, créant un malaise grandissant, inquiétant, pour les prises en charge des usagers, les personnels hospitaliers et finalement tout notre système de santé qui tente de maintenir un équilibre de plus en plus précaire.

Ces trois dernières années marquées par le Covid n'ont rien arrangé puisque l'on voit les services se vider de leurs soignants épuisés, désabusés.

Cette année de formation rend possible un questionnement plus poussé et une analyse plus profonde sur une thématique choisie. Devant ce 1<sup>er</sup> constat résultant de mon expérience, je m'interroge sur ces conditions de travail, sur ces conséquences sur les soignants au sens large. Un contexte professionnel et particulier m'amène à réfléchir sur ce que je pourrais être amenée à faire, à mon niveau de future cadre de proximité pour éviter à mes futurs agents de s'épuiser inexorablement jusqu'au burn out.

Avant d'essayer d'apporter une réponse et d'enrichir mes connaissances pour ma future activité de manager, je développerai le contexte où a germé mon questionnement, puis dans une première partie les concepts qui en mon sens permettent d'expliquer ce phénomène complexe qu'est le syndrome d'épuisement professionnel. Dans un second temps, j'exposerai la méthodologie du travail de recherche utilisée, puis j'en analyserai les résultats afin de les confronter aux hypothèses émises et en tentant de les enrichir par les apports de certaines autres de mes lectures.

Je donnerai ensuite un avis sur les limites de ce travail avant de conclure sur ce que finalement il m'aura apporté durant ces quelques mois de lectures, de recherches, d'échanges.

## 1.1 Contexte d'émergence

Décembre 2022, déjà 23 ans que j'ai obtenu mon diplôme d'état infirmier, et 14 ans que j'évolue au bloc opératoire. Je peux dire que d'une certaine façon, les soignants du bloc, nous sommes « épargnés » dans ce service fermé qui ne reçoit les patients que sur un temps dédié pour un acte chirurgical précis. Nous n'avons pas à gérer leur quotidien, ni leur devenir, ni leurs familles et ils sont rarement vindicatifs quand ils arrivent au bloc. Notre objectif principal est leur prise en charge pour cet acte précis pour lequel nous sommes garants de l'organisation, du matériel, des règles d'hygiène et d'asepsie strictes afin que le chirurgien soit dans les conditions optimales pour opérer.

Au printemps 2020, alors que la première vague de la Covid-19 impose à tout notre système de santé une réorganisation massive, l'établissement où je travaille n'est pas épargné, mon service non plus, bien au contraire.

Les interventions chirurgicales non urgentes sont progressivement déprogrammées. Dans deux salles de bloc sont installés 4 lits de réanimation. Mais en 72h ces 4 lits passent à 16 et seules les interventions d'extrême urgence sont gérées. Lourde conséquence pour le personnel du bloc opératoire, tous doivent prendre en charge ces malades atteints gravement de la Covid. La plupart ont quitté les services de soins il y a des années, et quasiment aucun n'a d'expérience en réanimation. Les infirmiers de bloc travaillent en doublon avec les infirmiers anesthésistes, assurant plus un rôle d'aide-soignant, de jour, de nuit, travaillant en 12h. C'est violent.

Dans ce contexte, je suis déjà faisant fonction depuis six mois, secondant la chef de bloc. Cependant, les compétences en soins infirmiers de réanimation manquent cruellement. Mon expérience de réanimation date mais je rejoins l'équipe de nuit pour la renforcer, pour aider. Je travaille alors plus d'un mois auprès des patients.

Durant 2 mois, tous subissent mais sont présents, solidaires, bien que fatigués. Mais « l'après » est tout aussi pénible. Il faut rattraper le temps perdu, opérer les patients qui ont été déprogrammés. Les chirurgiens et la direction poussent à l'activité. Le bloc vit au gré des vagues successives de Covid, déprogrammant et reprogrammant depuis l'été 2020.

Si les conséquences sont désastreuses sur les équipes infirmières des services de soins, celle du bloc opératoire souffre aussi. Plusieurs départs (disponibilité, retraite, mutation en province) creusent le sous-effectif déjà fluctuant depuis que j'y travaille. La pression est grande sur cette équipe et son encadrement qui tentent de répondre à la reprise d'activité demandée.

Alors que je continue ma découverte de l'encadrement, je commence à prendre du recul pour avoir une vue d'ensemble sur le fonctionnement de l'unité, les ambiances et l'état d'esprit de mes collègues, qui sont devenus mes agents.

A l'automne 2021, la chef de bloc prend sa retraite sans regret, étant très amère sur le fonctionnement de l'institution. Son remplacement, pourtant annoncé, n'a pas été anticipé. Je me retrouve alors seule à la tête de ce service. J'essaie de gérer au mieux avec les difficultés toujours liées au sous-effectif infirmier qui impacte l'offre de vacations opératoires au grand damne des équipes chirurgicales.

En janvier 2022, au cours d'une réunion de conseil de bloc, je tire la sonnette d'alarme. Avec le soutien des chefs d'anesthésie, je tente d'expliquer aux chefs des services de chirurgie et aux membres de la direction présents, qu'il est inutile de pressuriser les équipes du bloc, qu'il est impensable d'imaginer faire plus d'activité avec toujours moins de personnel. J'ai le souvenir d'avoir eu le sentiment d'être incomprise.

Quelques jours plus tard, une chute dans un escalier m'impose plus de trois mois d'arrêt. La chef de bloc, jeune retraitée, accepte devant l'urgence de reprendre du service le temps de mon absence.

Cet arrêt forcé m'a fait prendre beaucoup de recul sur ma fonction, la façon dont je l'exerçais, sans compter. Je prends alors conscience de plusieurs choses, et certains constats se vérifient à mon retour.

Premièrement, je retrouve une équipe de panseurs/panseuses fatiguée, détachée, agacée, et très remontée contre la direction. Je remarque un certain relâchement dans la rigueur d'exécution de certaines tâches.

Deuxièmement, leur état ne date très probablement pas de mon absence mais de bien plus loin, des suites de la 1<sup>ère</sup> vague de la Covid. La chef de bloc et moi étions tellement débordées, fatiguées, sous pression également que nous n'avions pas vu à quel point les infirmiers allaient mal.

La perspective de ma rentrée à l'école des cadres en septembre 2022 est alors un vrai soulagement puisque j'espère y trouver les outils de management qui me manquent tant. En effet je travaille jusqu'ici en faisant appel à mon bon sens, sans réelles compétences managériales, et je commence à le comprendre, à mes dépens.

C'est donc assez naturellement que le thème de mon mémoire pour le diplôme de cadre de santé s'est imposé à moi. Je traiterai de l'épuisement professionnel.

## 1.2 Le questionnement de départ

Mais de quoi parle-t-on exactement ? Le syndrome d'épuisement professionnel mène-t-il systématiquement au « burn-out », terme très employé depuis quelques années ? Comment peut-on le définir ? le prévenir ? le détecter ? le traiter ?

Dès mes premières recherches, j'en découvre alors toute l'ampleur et les actions prescrites pour les prévenir.

J'ai le sentiment alors que peu de choses sont entreprises dans mon établissement sur le sujet. Mais je suis dans un service peu ouvert sur le reste de l'hôpital depuis tant d'années, qu'il est probable que ma vision soit fautive. Je comprends pourtant que le cadre de santé a forcément un rôle à y jouer auprès de ses équipes. Si je comprends le « pourquoi », l'enjeu étant le bien être des individus au travail, d'autres questions restent en suspens.

Quel(s) rôle(s) le CDS a-t-il vraiment à jouer ? Comment peut-il s'y prendre ? Avec quels moyens ? Existe-t-il des limites à son rôle ? Si oui, quelles sont-elles ?

Une question plus générale, de départ en découle :

**« En quoi les compétences managériales du cadre de santé peuvent-elles être un levier pour prévenir, détecter, accompagner le syndrome d'épuisement de ses équipes ? »**

## 2 Le cadre de référence

Mes premières lectures sur le burn-out m'orientent très rapidement sur les risques psycho-sociaux. D'ailleurs, la Direction Générale du Travail, le considère comme une résultante de l'exposition à plusieurs RPS. La personne évoluant dans une atmosphère de travail dégradée voit alors son équilibre global menacé.

Aussi, il me semble pertinent de définir d'abord ces risques avant d'approfondir le syndrome d'épuisement professionnel, puis d'explorer ce que la littérature peut fournir comme pistes sur les rôles du manager dans ce phénomène.

### 2.1 Les risques psycho-sociaux

#### 2.1.1 Définitions, facteurs de risques et de protection

Dans la mesure où les risques psycho-sociaux sont pluriels, leur définition est souvent globale bien qu'ils revêtent plusieurs aspects.

L'INRS donne la définition suivante : **« Les RPS correspondent à des situations de travail où le stress, les violences internes et externes sont présents combinés ou non ».**

##### Le stress :

Le stress est un terme de psychologie de la santé. Étudié depuis le 19<sup>ème</sup> siècle sous différentes approches, les plus connues étant celles de Selye et Lazarus-Folkman.

En 1936, Selye<sup>1</sup> aborde le versant neurophysiologique du stress. Un individu confronté à un facteur qui crée une tension, répond par une augmentation de la sécrétion d'une hormone dite « de stress », le cortisol. Il énonce alors la réponse physiologique et centrale du corps comme un processus d'adaptation général à un facteur stressant.

En 1984, Lazarus<sup>2</sup> et Folkman<sup>3</sup> complètent l'approche biologique d'un point de vue psychologique, connu sous le nom de « modèle transactionnel ». Ils travaillent ensemble à démontrer que les individus soumis à des stress développent des stratégies cognitives et émotionnelles d'adaptation dites de « coping », modifiant ainsi l'impact de l'élément stressant. Ainsi, le stress apparaît comme un processus où interagissent la personne, l'environnement, leurs transactions.

L'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail donne une définition globale qui reprend des différentes approches approfondies depuis des années par d'autres auteurs.

Le stress est *« un état qui survient lorsqu'il y a un déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a des ressources pour y faire face ».*

##### Les violences :

Les violences internes entendent toutes les formes de harcèlement physique, moral, sexuel, ainsi que les conflits existants entre collègues ou équipes de travail.

Les violences externes sont les menaces, insultes, agressions subies par les salariés par les personnes extérieures à l'organisation de travail ; à titre d'exemples pour le milieu hospitalier : les patients et leurs familles, les consultants.

On peut considérer que les différentes formes de violences génèrent du stress, qui sera ressenti différemment d'un individu à un autre selon la définition précitée.

##### Le rapport Gollac qui explicite les facteurs de risques :

En 2008, un rapport demandé par le ministre du Travail détermine les RPS, leur mesure et leur suivi (Nasse & Légeron, 2008). S'en est suivi la constitution d'un collège d'experts conduit par M Gollac<sup>4</sup> sur le suivi statistique des RPS, qui a établi la définition suivante :

**« Les RPS sont les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi, les facteurs organisationnels et relations susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »** (Gollac & al., 2011).

---

<sup>1</sup> Hans Selye (1907-1982), médecin endocrinologue qui a été le 1<sup>er</sup> à introduire la notion de stress en médecine.

<sup>2</sup> Richard S. Lazarus (1922-2002), psychologue américain

<sup>3</sup> Susan Folkman (1938-/-), psychologue américaine

<sup>4</sup> Michel Gollac, sociologue retraité, reconnu parmi les meilleurs spécialistes des conditions de travail.

D'une façon assez générale, stress et violences peuvent être induits par les situations et les organisations de travaux.

Le collège d'experts a ainsi identifié **les facteurs de risques à travers six dimensions : les exigences du travail, les exigences émotionnelles, les rapports sociaux et les relations de travail, les conflits de valeurs, l'autonomie et les marges de manœuvre, l'insécurité de la situation de travail**. Ils peuvent se combiner entre eux, interagir, et alors se compenser ou s'additionner.

### **Les facteurs de protection :**

Nous ne pouvons pas seulement évoquer ce qui risque de provoquer des RPS, car il existe en effet des facteurs dits « protecteurs ». Ils relèvent essentiellement de comportements individuels à favoriser afin de se prémunir ou de limiter les impacts des facteurs de risques.

Ils regroupent ceux d'une bonne hygiène de vie : alimentation saine, activité physique, sommeil de qualité, absence de consommation de drogues, éviter le tabac et l'alcool.

Les relations sociales qui apportent soutien et attention à l'individu doivent ainsi être privilégiées.

La gestion des émotions et des pensées est évoquée et devrait être intégrée dans nos habitudes de vie, pour ainsi favoriser la positivité et contrer la négativité. C'est une piste à exploiter pour éviter la survenue le facteur de risque stress.

Pour résumer, les facteurs protecteurs aux stress répondent à la célèbre expression « mens sana in corpore sano », un esprit sain dans un corps sain.

### **2.1.2 Les 6 dimensions des facteurs de risques, explorées à l'hôpital**

Au début des années 2000, Ivan de Sainsaulieu a réalisé une enquête sociologique basée sur plus de 250 entretiens semi-directifs auprès des différents personnels soignants (au sens large) dans des établissements de plusieurs régions. Si ce travail date un peu, on y voit déjà les difficultés existantes qui mettent encore à mal les équipes à l'hôpital. L'auteur met en lumière les conditions diverses qui créent le climat de tension, et les analyse en s'appuyant sur les témoignages des professionnels.

Dans la mesure où mon travail de recherche concerne l'épuisement des soignants en milieu hospitalier, je propose ici d'explorer ce dernier sous le prisme des six dimensions évoquées plus haut, en m'appuyant sur certaines données citées dans l'enquête de Mr Sainsaulieu, ainsi que sur celles de mon expérience professionnelle, de mes ressentis et de mes intuitions personnelles, qui recourent souvent les premières.

### **Les exigences de travail :**

Elles comprennent le rythme, les contraintes, et l'intensité. Le travail des soignants en milieu hospitalier est soumis à de nombreuses contraintes. Il s'entend 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et 365 jours par an, travail posté, les samedis, dimanches et fériés, de jour comme de nuit, sur des plages horaires larges la plupart du temps, en général sur des roulements.

Le travail reste souvent physique, mais aussi cognitif et il comprend une part de charge mentale liée à la responsabilité des actes de réalisés auprès des patients.

*Le contexte socioéconomique et l'augmentation de la demande en soins a conduit l'hôpital dans une logique de productivisme, soumettant les soignants au rendement, créant ainsi le phénomène du « malaise soignant ». (Sainsaulieu, 2004)*

### **Les exigences émotionnelles :**

Les soignants sont confrontés à des personnes en souffrance, qu'elle soit physique, psychique ou parfois sociale. La maladie, la mort sont au cœur de leurs activités, touchant de fait leurs propres émotions.

### **Les rapports sociaux :**

Les soignants travaillent au service des patients, et interagissent avec un grand nombre d'intervenants divers et variés : familles, consultants, collègues, encadrants et hiérarchie, médecins, administratifs, ambulanciers...

Autant d'interactions qui peuvent être un facteur de risque si elles exposent à des violences (tensions, discrimination, insultes, agressions), ou un facteur protecteur dans le sens des relations du collectif de travail qui apporte une force.

*« La pression des patients est décrite comme contraignante (...) par les agents hospitaliers, mais le médecin ressent particulièrement la perte de respect, la déqualification du médecin qui devient un métier comme les autres ». (Sainsaulieu, 2004)p.70*

### **Les conflits de valeurs et la qualité empêchée :**

Certains soignants déplorent un manque de temps pour assurer leurs prises en charge comme ils l'entendent, qu'elles aient un sens qui correspond à leurs valeurs professionnelles. C'est-à-dire ne pas simplement dispenser des soins techniques sans pouvoir prendre le temps d'écouter le patient. Les contraintes des organisations hospitalières ont impacté au fil des années cette activité pourtant au cœur du travail du soignant, au profit d'indicateurs qualités, de normes et de procédures, de la course à l'activité, tout en ayant des effectifs de plus en plus en tensions.

*« La surcharge de travail agit dans le sens de la limitation aux gestes techniques (...) au détriment de la relation (...) de la prise en charge globale du patient. Les personnels évoquent clairement une perte d'autonomie et de la relation. » (Sainsaulieu, 2004)p.84*

### **L'autonomie :**

Bien que les procédures s'imposent dans le monde hospitalier au titre de la gestion de la qualité et des risques, les soignants gardent en général une certaine autonomie dans leurs organisations quotidiennes sur le secteur de soins qu'ils ont en charge. Cependant, la course contre la montre est constante, car il y a une grande diversité de tâches à accomplir, autour des soins eux-mêmes.

*« Pour faire évoluer le travail vers la complexité et l'autonomie, il manque la dimension de la maîtrise du temps. Dans un monde où tout devient urgent il est difficile de devenir autonome c'est-à-dire d'avoir le temps de maîtriser le processus productif- en l'occurrence soigner le patient ou d'accomplir de façon harmonieuse les tâches différentes en amont ou en aval du soin lui-même » (Sainsaulieu, 2004)p.91*

### **L'insécurité :**

Si ce facteur s'entend pour la sécurité de l'emploi, les soignants n'y sont pas soumis puisque le marché du travail est largement en leur faveur, l'offre étant très supérieure à la demande.

Cependant, la soutenabilité du travail qui entre dans cet item, pose de nombreuses questions à la vue de la dégradation des conditions de travail en hospitalier, accentuée depuis la crise Covid. Ainsi, un travail est dit soutenable lorsqu'il est possible de continuer à le réaliser tout au long de sa carrière dans les mêmes conditions. Ce qui, au regard des exigences physiques et mentales demandées aux soignants, semble tout simplement impossible.

Les changements comptent également comme un facteur d'insécurité. Les nombreuses réformes engagées depuis de nombreuses années dans le secteur de la santé, ainsi que le virage ambulatoire, ont ainsi bousculé les organisations du travail ayant de lourdes conséquences sur les évolutions des conditions de travail du personnel. Ainsi les différents changements, qui n'ont pas toujours été accompagnés, acceptés, adaptés, ont induit du stress auprès des soignants qui ont alors vu leurs habitudes changées, n'en comprenant pas toujours l'utilité et le sens, les obligeant à mobiliser des ressources pour sortir de leur zone de confort.

*« Les restructurations sont souvent traumatisantes les contraintes organisationnelles liées aux restructurations sont nombreuses... ». (Sainsaulieu, 2004)p.59*

Bien que cet exposé de l'atteinte des différentes dimensions ne soit pas exhaustif, il démontre que l'hôpital est une organisation particulièrement exposée aux RPS. S'il existe forcément des disparités d'un établissement à un autre, ou d'un secteur à un autre, les stress et violences que constituent les RPS surviennent partout, n'importe quand et provoquent alors des répercussions diverses.

### 2.1.3 Les conséquences des RPS

Les conséquences de l'exposition aux RPS, et donc aux stress liés au travail, peuvent être multiples et lourdes pour les salariés, les entreprises ainsi que pour la société.

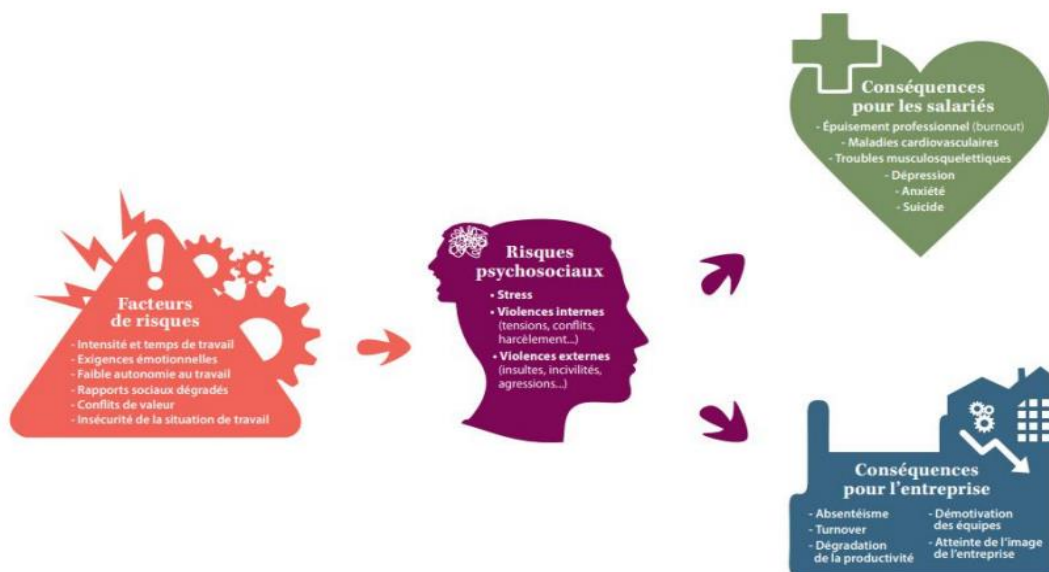
**Les salariés** paient le plus lourd tribut puisque c'est leur santé physique et mentale qui sont impactées, conduisant parfois jusqu'au burn-out, voire au suicide. Les manifestations diverses résultent de l'exposition prolongée à du stress dit « chronique », qui entraîne des dysfonctionnements neuro-hormonaux, sollicitant alors les fonctions vitales de façon exagérée jusqu'à les altérer.

Les symptômes déclenchés sont de nature physique, émotionnelle et intellectuelle, identiques à ceux évocateurs du burn-out que nous traiterons ensuite. Ils agissent comme des signaux d'alerte avant que des pathologies vraies ne s'installent (dépression, burn-out, maladies chroniques telles que diabète, hypertension, ...).

**Pour l'entreprise**, l'exposition des salariés aux RPS conduit à une dégradation de son efficacité du fait de l'augmentation des taux d'absentéisme et de turn over des agents, mais aussi d'une diminution de la qualité de production (par exemple : la qualité des soins impactée ce qui crée des événements indésirables pouvant entraîner des conséquences plus ou moins graves auprès des usagers), ou encore de la dégradation du climat social.

**Le coût social du stress** a été estimé entre 2 et 3 milliards d'euros par l'INRS en 2010. Elle comptait les soins, la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessation prématurée d'activité ou de décès prématuré. Ces chiffres amènent à penser que les conséquences du stress ne peuvent être négligées. Plusieurs études ont démontré que la prise en compte du stress au travail et donc de sa prévention, serait même rentable. Ainsi, 1 euro dépensé en prévention permettrait d'éviter d'en perdre 3 à 4.

C'est dire l'absolue nécessité de prendre au sérieux le problème.



Source : INRS

#### 2.1.4 L'évaluation des RPS

Le phénomène combinatoire des facteurs de risques rend difficile l'évaluation de ces RPS. Il existe cependant de nombreux modèles qui permettent d'apprécier les situations de stress au travail en analysant certaines dimensions. Les modèles de Karasek et de Siegrist sont parmi les plus couramment utilisés.

Le modèle de Karasek ou « Job Content Questionnaire » permet d'évaluer les contraintes de l'environnement psychosocial. La première version de 1979 les abordait sous deux dimensions, la latitude décisionnelle (autonomie), et la demande psychologique (contrôle). La seconde version de 1990 a ajouté le soutien social au travail.

L'échelle d'évaluation psychométrique de Siegrist, créée en 1996, complète d'une certaine façon le modèle de Karasek. Elle est aussi tridimensionnelle (efforts externes, efforts internes et récompense) et évalue le déséquilibre effort-récompense, d'où son nom « Effort Reward Imbalance Questionnaire ».

En 2010, la DARES a réalisé une enquête SIP<sup>5</sup> sur les RPS au travail, qui a permis de les évaluer, de les analyser au travers des six dimensions définies par le collège d'experts.

A titre d'exemple, 23% des salariés interrogés estimaient effectuer une quantité de travail excessive ; 43% déclaraient que leur travail n'était que parfois ou jamais reconnu à sa juste valeur ; 40% déclaraient être amenés à être en contact avec des personnes en situation de détresse. (Beque, 2014)

#### 2.1.5 La réglementation

Les risques psycho-sociaux, qui font partie des risques professionnels au sens plus large, sont encadrés par plusieurs textes réglementaires. Ils ont pour but d'assurer la protection des travailleurs.

##### **La réglementation générale :**

**Le Code du travail (articles L.4121-1 à L.4121-4)**, impose à l'employeur une obligation générale de sécurité. Ainsi, il lui incombe d'évaluer les risques encourus par ses employés dans l'exercice de leurs fonctions, quels qu'ils soient. Il doit les transcrire et les mettre à jour aussi souvent que nécessaire et au moins une fois par an. C'est ce qui s'appelle le DUERP<sup>6</sup>, obligatoire depuis le 5 novembre 2001.

**L'employeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de ses employés.** Ces mesures comprennent les actions de prévention des risques professionnels, des actions d'informations et de formations, ainsi que la mise en place des organisations et des moyens adaptés.

L'employeur prévoit son plan d'actions préventives, et peut solliciter la collaboration du service de santé au travail.

Le Code du travail article L.1152-1, encadre le risque de harcèlement moral, qu'il soit du fait de l'employeur vers un salarié, ou d'un salarié envers un autre.

Le cas du harcèlement sexuel, qui lui constitue un délit, est défini dans l'article 222-33 du Code pénal.

##### **Les accords nationaux interprofessionnels sur le stress, puis sur le harcèlement et les violences :**

Ces accords sont la transposition des accords-cadres européens signés en 2004 pour le stress et en 2007 pour le harcèlement et violences.

L'ANI sur le stress du 02 juillet 2008, rendu obligatoire par un arrêté le 23 avril 2009, propose des indicateurs pour dépister le stress au travail et un cadre pour le prévenir.<sup>7</sup>

---

<sup>5</sup> Enquête Santé Itinéraire Professionnel, DARES, 2010.

<sup>6</sup> Document Unique d'Evaluation des Risques Professionnels.

<sup>7</sup> A titre informatif, un tel accord existait dès 1977 au Danemark.



L'ANI sur le harcèlement et violences du 26 mars 2009, étendu par arrêté le 23 juillet 2010, incite les employeurs à ne tolérer aucune violence ou harcèlement, à les déclarer et en assurer le suivi le cas échéant, mais surtout à mener des campagnes de gestion et de prévention.

### **La prévention des RPS dans la fonction publique :**

Ce protocole d'accord a été signé le 22 octobre 2013 à la suite des ANI qui concernaient tous les autres employeurs. Il prévoit un plan national d'action pour la prévention des RPS dans la fonction publique, où chaque employeur doit établir un plan d'évaluation puis de prévention. Pour le cas de **la fonction publique hospitalière**, ce sont les instructions de la DGOS en date du **20 novembre 2014** qui a permis de lancer la mise en œuvre de ce plan.

Par ailleurs, il est à noter que la loi 17 août 2015, dite Rebsamen, prévoit la reconnaissance des maladies psychiques comme pathologies professionnelles, mais l'épuisement professionnel n'en fait toujours pas partie à ce jour. Dans la mesure où la survenue d'un burn out est multifactorielle (comme nous le développerons par la suite), on peut comprendre que le législateur soit encore très frileux à l'idée de le citer comme maladie professionnelle.

Le problème d'émergence et d'augmentation des situations menant aux RPS a vraisemblablement été compris par les plus hautes instances du pays ces dernières années. On peut imaginer que les coûts supportés au regard de l'absentéisme et de la dégradation de la santé des travailleurs, ou les manques à gagner face à une perte de performance des entreprises, ont été déterminants dans la volonté d'agir pour les réduire.

### **2.1.6 La prévention des RPS**

Devant l'ampleur du malaise exprimé par les professionnels de santé, et dans la suite des accords-cadres de la fonction publique hospitalière, une **stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail « Prendre soin de ceux qui nous soignent » est initiée en décembre 2016**. Cette impulsion nationale donne ainsi des lignes directives afin qu'au niveau régional puis local les plans d'actions soient réfléchis, mis en place pour porter la prévention des RPS, notamment par l'amélioration de l'environnement et des conditions de travail, de la sécurité des professionnels, mais aussi de la prévention et la prise en charge de la souffrance au travail. Portée par le ministère des Affaires Sociales et de la Santé, cette mission nationale fixe un cap à atteindre sur le long terme, où valoriser, partager et généraliser les bonnes pratiques, devra conduire à l'amélioration du quotidien des soignants. Les buts visés sont de leur redonner la fierté du travail bien fait, et ainsi de renforcer la qualité de la prise en charge des patients.

**Le 4<sup>ème</sup> plan santé au travail (PST) 2021-2025** porte dans son 1<sup>er</sup> axe, sous l'objectif 2 « Accorder une priorité aux principaux risques professionnels », l'action 2.3 « Mieux évaluer et prévenir les RPS ». Dans son ensemble, l'accent est mis sur la prévention à la qualité de vie et aux conditions de travail (**QVCT**) **comme levier de performance de l'entreprise et de bien-être des salariés**. Initié par le ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion, il engage les employeurs, les partenaires sociaux, les acteurs de la santé notamment ceux de la santé au travail et plus généralement les organismes de prévention que sont l'ANACT et les ARACT, soutenus par la HAS et l'INRS.

Ainsi la QVCT apparaît comme un élément majeur de la prévention primaire qui s'applique à éviter la survenue des facteurs risques et in fine des causes responsables des RPS.

### **Mais la QVCT, c'est quoi exactement ?**

On en entend parler de plus en plus, comme une mode à laquelle tous les employeurs doivent se plier. La plupart du temps, la qualité de vie et conditions de travail est réduite aux « à côté » du travail qui faciliteraient et amélioreraient la vie des salariés : crèche, conciergerie, salle de sport, baby-foot au milieu de la salle de détente...

Mais elle est bien plus que cela. **Le travail est au cœur de cette démarche globale** qui vise à combiner les performances de l'entreprise et le bien-être de son personnel. Elle doit s'inscrire dans la politique d'établissement.

La QVCT recherche l'amélioration du travail au profit de tous. Ramenée au secteur de la santé, les usagers/patients bénéficient d'une prise en charge de meilleure qualité, les établissements de santé peuvent voir leurs activités augmenter grâce au moindre absentéisme ou turnover de personnel, et le personnel soignant retrouve du sens à ce qu'il fait, alignant ainsi son activité et ses valeurs.

La QVCT permettrait de résoudre des problèmes de fond, en s'attaquant aux organisations, malmenées ces dernières années pour répondre aux logiques des restrictions budgétaires du système de santé.

Afin qu'elle arrive à son but, tous les acteurs du système devront être impliqués dans les plans de prévention. Ces derniers devront être pensés, réfléchis, conduits après une analyse approfondie des besoins sur le terrain. Ainsi, à l'échelle d'un établissement, la direction, les représentants du personnel, les équipes d'encadrements s'organiseront en groupe de travail afin d'essayer de résoudre des problèmes importants tels que par exemple, l'absentéisme (indicateur des ressources humaines d'un mal être des salariés), la conduite d'un changement de structure, l'accompagnement d'innovations organisationnelles... et par là même, répondre aux obligations réglementaires du Code du travail, évoquées plus haut, notamment en réalisant et mettant à jour le DUERP.

L'ANACT, la HAS et l'INRS sont autant d'acteurs de la prévention qui peuvent accompagner les démarches QVCT dans les établissements. Ils sont les auteurs de nombreux outils et supports qui expliquent, définissent, forment et mettent à jour les bonnes pratiques en termes de prévention des risques professionnels. Leurs sites internet sont ainsi des mines d'informations.

Ainsi, il n'y a pas de recettes toutes faites pour améliorer la qualité de vie et les conditions de travail surtout concernant les RPS qui sont d'origine multifactorielle. Ces outils guident mais chaque démarche d'établissement doit les adapter aux situations identifiées. La QCVT répond donc en partie à la prévention nécessaire et indispensable aux RPS.

Si des unités de QVCT commencent à émerger dans les établissements de santé, leurs actions semblent encore méconnues et balbutiantes. Elles informent, sensibilisent et mettent en place des campagnes de prévention orientées sur la détection et/ou la déclaration des violences physiques, morales, sexistes ou sexuelles. La présence d'un psychologue du travail ne semble pas encore généralisée, et son recours reste encore empreint d'une connotation négative. Les services de santé au travail, autres acteurs de prévention, souffrent eux aussi d'un cruel manque de personnel.

En termes de **prévention primaire**, le but est d'éviter l'apparition des phénomènes liés à l'exposition des RPS. La démarche consiste à agir en amont sur les facteurs de risques. D'abord les identifier, puis évaluer leurs impacts sur les équipes, puis mettre en place des actions pour les contrer, les réduire ou en limiter les dégâts. La tâche est particulièrement délicate car nous l'avons vu ces facteurs souvent combinés peuvent s'additionner ou se compenser. Ainsi, il conviendrait d'identifier le point de déséquilibre qui pose le plus problème et celui qui a le plus de potentiel de changement. (Maslach & Leiter, 2011)<sup>8</sup>

Le phénomène compensatoire s'explique ainsi : en diminuant l'impact d'un de ces facteurs, le cumul est moindre, ou si l'on ne peut pas agir sur un facteur de risque, les actions sur des effets protecteurs permettront en partie de le compenser.

On peut citer à ce niveau le travail des équipes de QVCT, qui informent sur les RPS, participent à leur évaluation, ainsi qu'à leur formation. C'est ainsi des actions qui relèvent du collectif plus que de l'individu en lui-même.

La **prévention secondaire** s'attache elle à diminuer la prévalence des conséquences de l'exposition aux RPS. Les signaux d'alerte ne doivent ainsi pas être négligés, notamment s'ils conduisent à des arrêts maladie. Dans l'idéal, le contexte de survenue de signes psychosomatiques devrait être recherché et analysé afin d'aider au mieux la personne qui les présente. La prise en charge reste trop souvent réduite à traiter un symptôme.

Ainsi, sensibiliser, former à la gestion du stress fait partie de ce niveau de prévention afin d'en limiter l'impact.

---

<sup>8</sup> Burn-Out, des solutions pour se préserver et pour agir, p.228-229

La **prévention tertiaire** vient ensuite, pour éviter les récives, les rechutes et les complications telles que les douleurs articulaires ou dorsolombaires, l'hypertension artérielle et autres maladies cardiovasculaires. Elle accompagne aussi les salariés qui présentent ces signes chroniques qui peuvent induire des incapacités secondaires à la tenue de leur poste de travail. Ainsi, l'adaptation ou le reclassement sont des actions tertiaires d'accompagnement et de suivi.

La **prévention quaternaire**, moins connue, est avancée par certains spécialistes des conditions de travail. Elle se définit comme la notion de « ne pas induire ». Elle garde à l'esprit qu'il ne faut pas absolument trouver de causes là où il n'y en a pas. En termes de prévention des RPS, cela peut se résumer par ne pas « *chercher absolument à prouver que les gens sont nécessairement malades du fait de leur travail...* » (Chapelle, et al., 2018)p228.

Comme dans tous problèmes de santé publique, les différents niveaux de prévention n'agissent pas de façon hiérarchisée mais bien plutôt en transversalité. Les causes des RPS étant souvent bien installées dans les environnements de travail, les actions vont tenter d'en réduire les causes, les conséquences en favorisant des climats de travail plus sereins, moins contraints. On comprend alors l'importance d'une démarche institutionnelle qui devrait être le cœur d'une politique d'entreprise pour en éviter les lourdes conséquences.

## 2.2 L'épuisement professionnel ou burn out

Réalité inquiétante et croissante depuis ces quarante dernières années, le burn out est en passe « *de devenir une véritable épidémie mondiale* » (Maslach & Leiter, 2011). Ainsi, il mérite toutes les attentions des acteurs qui font le monde du travail. Mais qu'est-il vraiment ? comment le définir, le décrire ?

### 2.2.1 L'histoire de ce syndrome

C'est le psychiatre français Claude Veil qui introduit les états d'épuisement dans l'histoire de la médecine à la fin des années 50. Il explique que l'épuisement survient quand un seuil est franchi. Sa définition est la suivante :

*« L'état d'épuisement 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. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de milieu, pas plus que ce n'est la faute du sujet »* (Veil, 1959)

Dans les années 1970 aux Etats Unis. Mr Freudenberger HJ., psychanalyste, utilise le terme « burn out », qu'il décrit alors comme un épuisement des ressources physiques et psychiques. Il avait alors observé des signes évidents de découragement et de symptômes physiques chez les membres bénévoles d'un groupe d'entraide à des toxicomanes. Il le définit ainsi :

*« Un problème qui prend naissance de la bonne intention d'atteindre des buts élevés, voire irréalistes, et qui aboutit à épuiser ses énergies se détacher de soi-même et perdre le contact avec les autres ».*

Le concept ainsi posé est approfondi à partir des années 1980 par la psychologue américaine C. Maslach, qui étudie le phénomène dans les milieux professionnels et complète ainsi la définition du « burn out » :

*« (...) état psychologique et physiologique résultant de l'accumulation de facteurs de stress professionnels »* (Maslach & Leiter, 2011)

Ses divers travaux lui ont permis de caractériser **les trois dimensions du burn out : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation (la perte d'empathie ou le cynisme vis-à-vis d'autrui), et le degré du sentiment d'accomplissement de soi au travail.**

Par ailleurs, l'Académie Nationale de Médecine a adopté le 23 février 2016 le rapport du groupe de travail rapporté par messieurs Olié et Légeron (psychiatres), répondant à ce qu'est le « burn out » en balayant l'histoire du concept, la symptomatologie, les données biologiques, exposant alors les causes, les facteurs de risques, les éléments de prise en charge, de prévention, en avançant une liste de recommandations.

Ce rapport souligne également les incertitudes autour de ce phénomène, notamment sur les données biologiques encore floues.

Une fiche Mémo de l'HAS est éditée un an après, en mars 2017, à destination des médecins généralistes et ceux des services de santé au travail. La définition retenue est la suivante :

**« Le syndrome d'épuisement professionnel, ou burn out, se traduit par un épuisement physique, émotionnel et mental, qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».**

## 2.2.2 Pathologie ou syndrome ? Comment en arrive-t-on à un tel épuisement ?

Le burn out n'est pas considéré comme une pathologie à proprement parler. Elle n'apparaît d'ailleurs dans aucune des désignations actuelles des troubles psychiatriques du DSM-V<sup>9</sup> ou du CIM 10<sup>10</sup>.

Le burn out pourrait entrer en partie dans « les troubles liés à des traumatismes ou à facteurs de stress » de ces classifications. Cependant l'humeur effondrée et la diminution marquée de l'intérêt au niveau professionnel, apparentent aussi cet épuisement au syndrome dépressif, sans pour autant en avoir tous les signes cliniques.

La frontière entre les deux syndromes est compliquée à définir du fait que de leurs symptomatologies soient assez similaires. Un chevauchement est donc tout à fait possible et probable, l'un pouvant conduire à l'autre ou à l'exacerber, et inversement.

C. Maslach a décrit les **trois caractéristiques de ce syndrome d'épuisement professionnel**.

La dimension « exposition prolongée aux stress » conduit la personne à puiser excessivement dans ses diverses ressources physiques puis psychiques, jusqu'à les user, les épuiser. Vidée, elle a alors le sentiment que rien ne peut les reconstituer, le repos n'étant plus suffisant pour l'y aider. Cette situation conduit à **l'épuisement émotionnel**.

Un mécanisme de défense inconscient s'installe alors afin de préserver les ressources déjà bien entamées. La personne va progressivement changer ses comportements envers son entourage et son rapport au travail. C'est ici la dimension « interpersonnelle » qui conduit à la **dépersonnalisation, spécifique au burn out**, mais aussi qui se traduit par une diminution de l'implication aux différentes tâches jusqu'alors surinvesties. Les attitudes envers l'environnement de travail se dégradent. Le soignant est démotivé, perd ses valeurs, doute de ses propres compétences.

Ainsi la dimension « d'auto-évaluation » va elle induire à **une diminution de l'accomplissement personnel**, vers des sentiments d'autodépréciation tels qu'une perte de confiance et/ou d'estime de soi, jusqu'à l'apparition d'un état dépressif et une incapacité à faire face aux obligations professionnelles.

Cet épuisement relève donc **d'un processus insidieux qui s'inscrit dans le temps**, jusqu'à ce qu'il devienne total. La personne qui lutte depuis un temps variable, ne peut subitement plus faire face pour réaliser son quotidien, son travail. Elle est arrivée au bout de ses forces physiques et psychiques, elle s'effondre, elle est « consumée », d'où le terme burn out.

## 2.2.3 Les manifestations cliniques et les facteurs de risques individuels

Avant cet effondrement qui survient donc à la suite d'une exposition prolongée aux facteurs stressants, des **manifestations cliniques plus ou moins importantes, touchant les sphères physique, psychique et émotionnelle, apparaissent progressivement et souvent à l'insu du patient**. Ils sont autant de signaux d'alerte que le cerveau envoie. L'intensité des symptômes est corrélée à la gravité de l'épuisement.

**L'épuisement émotionnel** peut se traduire par des troubles anxieux, une irritabilité, un manque d'entrain, de la tristesse, de l'hypersensibilité...

**Les troubles comportementaux** à types de repli sur soi, d'agressivité, de ressentiment ou de cynisme envers autrui, voire de conduites addictives, apparaissent également.

---

<sup>9</sup> 5ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, de l'American Psychiatric Association

<sup>10</sup> 10ème révision de la Classification internationale des maladies, de l'Organisation Mondiale de la Santé

**Les capacités cognitives** sont impactées, à types de troubles de mémoire, de la concentration, de l'attention.

Enfin, des **troubles psychosomatiques sont toujours associés à ces tableaux psychiques et émotionnels**. Ils peuvent être d'ordres très variés, d'intensité variable, et qui tendent à devenir chroniques : troubles du sommeil, asthénie, troubles digestifs, cardio-vasculaires et musculosquelettiques, douleurs diffuses, céphalées / migraines... A titre d'exemple, le professeur JP Houppe<sup>11</sup> considère que le stress psychosocial est un facteur de risque majeur des infarctus du myocarde.

Il est à noter que s'il est vrai que le burn out survient toujours dans un environnement de travail dégradé, exigeant, intense, plusieurs auteurs évoquent le rôle de certains traits de caractères du sujet dans la survenue du syndrome. Ainsi une propension à ressentir l'anxiété, des difficultés à la gestion du stress ou encore des tendances au perfectionnisme, à l'hyperactivité ou à l'addiction au travail pourraient compter pour 30 à 40 % des causes de burn out contre 60 à 70% de celles liées au travail, notamment les organisations de travail et la qualité du management.

Ainsi, c'est avant tout l'environnement de travail qui en est la cause. Il serait trop simpliste de réduire les causes du burn out uniquement aux facteurs individuels. Il est préférable d'envisager **le burn out comme une conséquence d'un déséquilibre entre les conditions de travail et les facteurs individuels**, qui crée une dysharmonie.

#### 2.2.4 L'ampleur du phénomène, une évaluation difficile ?

Dans la mesure où le SEP est un phénomène qui touche toutes les sphères de l'individu et qu'il peut être confondu avec d'autres pathologies, que les facteurs de risques sont d'origine exogène et endogène, il est particulièrement compliqué pour les épidémiologistes d'en évaluer précisément l'ampleur. D'ailleurs, il n'existe pas d'outils spécifiques qui permettent son diagnostic, mais seulement l'évaluation de sa sévérité.

Le MBI<sup>12</sup>, le plus souvent utilisé, explore à travers plusieurs items les trois manifestations typiques du burn out, épuisement émotionnel, dépersonnalisation et sentiment d'accomplissement de soi. Les scores de chaque manifestation ne doivent pas être additionnés. Ils donnent une évaluation à un moment donné, de l'état du sujet testé. Un tableau d'interprétation pour chacun d'eux permet d'apprécier le degré d'atteinte de « faible, modéré ou élevé ». Les tests de Karasek et de Siegrist évoqués pour les RPS sont tout aussi pertinents puisqu'ils permettent d'évaluer les différents facteurs qui conduisent à l'épuisement dans ses trois dimensions.

En 2015 une étude émanant d'un groupe de surveillance des maladies à caractère professionnel<sup>13</sup> avance des chiffres en termes de souffrance psychique liée au travail, et en extrapole ceux des burn out. Ainsi, la prévalence serait deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, et 7% des 480 000 salariés en souffrance, soit environ 34 000 personnes, seraient considérées en burn out. (Khiredine, et al., 2015)

En 2016 le rapport porté par messieurs Olié et Légeron (Académie Nationale de Médecine, 2016), estimait à 100 000 le nombre de personnes victimes d'épuisement professionnel. Le cabinet Empreinte Humaine<sup>14</sup> avance lui actuellement le chiffre de 2 millions de salariés en burnout. Des chiffres parfois plus inquiétants encore sont donnés. C'est dire à la fois la complexité et l'importance de s'intéresser au burnout.

Par ailleurs, dans la mesure où il survient dans un contexte de stress au travail, il doit être recherché dans une démarche diagnostique des risques psycho-sociaux.

---

<sup>11</sup> Cardiologue français, qui a développé la psychocardiologie

<sup>12</sup> Maslach Burn out Inventory, en annexe 1

<sup>13</sup> Mission de surveillance épidémiologique des risques professionnels de l'Institut de Veille Sanitaire (devenu Santé Publique France), en collaboration avec l'Inspection du Travail

<sup>14</sup> Empreinte Humaine, cabinet indépendant spécialisé dans la QVCT et la prévention des RPS

## 2.2.5 Les causes déterminantes qui mènent à l'épuisement

Devant ce phénomène grandissant du burn out qui semble n'épargner aucun milieu professionnel, de nombreux travaux ont été réalisés, d'abord en l'observant par l'abord psychologique et les sciences humaines.

On peut ici citer les travaux de C. Dejours<sup>15</sup> sur la **psychodynamique du travail**. Cette discipline tend à expliquer les processus psychologiques mis en place par un individu face à des situations de travail. Elle considère que **la souffrance ressentie est indissociable du travail**. Elle étudie le rapport entre la santé mentale et l'organisation du travail et s'intéresse également à la rencontre entre l'individu et le collectif. Elle identifie les effets positifs et négatifs que les interactions de travail peuvent induire. Ainsi, **la reconnaissance des pairs et la construction collective du travail permettent l'épanouissement du travailleur**, alors que dans une situation inverse, des risques de souffrance au travail surviennent. (Dejours, 2016)

On comprend déjà le rôle que peut jouer les organisations et les relations de travail si l'individu ne parvient plus à s'y adapter.

**Les sciences en gestion et management** ont aussi interrogé les causes profondes qui mènent à l'épuisement, afin d'en dégager des axes de prévention, des actions d'amélioration.

Les **organisations sont au cœur des problématiques**, et certaines études ont démontré le rôle primordial du N+1 dans l'apparition chez le manager de proximité de symptômes décrits dans les trois dimensions du burnout. Au-delà des défauts organisationnels, **« c'est bien la défaillance des N+1 sur le terrain, leur absence de soutien et d'accompagnement notamment, qui a un effet délétère sur la santé des managers »**. (Picart, Jaussaud, & Amann, 2019).

Une autre étude a tenté de démontrer les interactions entre **les relations travail et la dimension de conflit « famille-travail »** sont également à prendre en compte dans la survenue des signes d'épuisement. *« Globalement, les résultats montrent des relations significatives : l'environnement relationnel a un effet sur l'épuisement professionnel des individus »*. (Fuhrer, Moisson-Duthoit, & Cucchi, 2011). S'il est difficile d'en résumer tous les items et les résultats, cette étude introduit la notion de perception de l'individu avec son environnement social, personnel/familial et professionnel. Les deux étant en interactions, elles contribuent positivement ou négativement sur l'une des trois dimensions du burn out. A titre d'exemples significatifs :

*« Plus l'individu a le sentiment d'être soutenu par son organisation, moins il ressent le conflit entre les univers professionnel et personnel. »*

*« Plus le conflit Travail-Famille est perçu, plus la fatigue est ressentie par l'individu. »*

*« Les soutiens social et organisationnel entretiennent d'une certaine façon l'enthousiasme des individus. »*

*« ...le burn out vécu par un individu est influencé par les relations qu'il entretient avec son entourage (soutien social), avec l'organisation (soutien organisationnel) et avec sa famille (relation/conflit Travail-Famille). Le burnout n'est donc pas un processus purement endogène »*. (Fuhrer, Moisson-Duthoit, & Cucchi, 2011)

## 2.2.6 Le traitement du burnout

Comme nous l'avons vu le phénomène est complexe, car l'individualité de la personne et l'environnement de travail interagissent. Aussi les anti-dépresseurs ont longtemps été prescrits pour traiter le burnout. La psychothérapie et l'arrêt de travail étaient loin d'être systématiques.

En 2017, la HAS formalise la fiche mémo « Repérage et prise en charge cliniques du SEP ou burnout » et identifie le mode de prise en charge. **La soustraction du milieu professionnel** est maintenant reconnue comme une nécessité parfois urgente. Le médecin traitant doit coordonner la prise en charge qui repose donc sur l'éloignement du milieu qui est en cause, ainsi que sur un accompagnement psychologique.

Les **psychothérapies** sont désormais systématiques quelle que soit la forme qu'elles prennent et les techniques auxquelles elles font appel, sous forme de thérapie classique ou

---

<sup>15</sup> Christophe Dejours, psychiatre psychanalyste, spécialiste du psychosomatique.

psychocorporelles effectuées par des professionnels formés à ces techniques : EFT, hypnose, relaxation...

Les antidépresseurs ne sont plus recommandés sauf en cas de dépression avérée ou troubles anxieux sévères associés.

## 2.3 Le management

Les déséquilibres entre les organisations familiales et professionnelles ainsi qu'un management inadapté jouent alors des rôles fortement contributifs à l'apparition de RPS et donc du burnout sur le long terme. Mais comment le CDS peut-il agir à son niveau ?

### 2.3.1 Le CDS, compétent pour agir sur la prévention du SEP ?

Le **CDS est sensibilisé aux RPS dès sa formation initiale** à l'institut de formation des cadres de santé, dans le module 4 dédié au management. Cependant, il ne suit pas de formation à proprement parlé, mais ses expériences professionnelles en tant que soignant ou faisant fonction de cadre ont forcément illustrées les propos de la théorie.

D'après Guy Le Boterf<sup>16</sup>, la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donné.

On peut imaginer que le cursus initial apporte les clefs essentielles à ce qu'un CDS puisse répondre à une problématique de RPS dans son unité d'exercice. Mais est-ce que cela fait de lui une personne compétente en la matière ?

Ainsi, la **formation aux RPS et au SEP semble donc un prérequis** essentiel afin que le CDS puisse avoir une posture adaptée et pertinente pour accompagner ses équipes face aux nombreux dysfonctionnements sources de stress.

Les enseignements théoriques portent également sur la théorie du leadership situationnel créé par Hersey et Blanchard<sup>17</sup>. L'idée est que le manager adapte son style à la situation rencontrée ainsi qu'à la personne ou au groupe de personnes dont il a la responsabilité. Le style peut alors être directif ainsi il dirige, persuasif où il entraîne ses collaborateurs vers un but, participatif où il cherche à les impliquer, ou déléguatif en leur laissant une certaine autonomie dans la réalisation d'un objectif.

A ces modes s'en ajoutent d'autres tels que les managements agile et bienveillant. Ces derniers semblent plus relever des **compétences comportementales**, qui permettent au CDS d'assurer ses différents rôles auprès de ses équipes, qu'ils soient décisionnels, interpersonnels ou liés à l'information. (Mintzberg, 2021)

**Ces « soft skills »**, traduit de l'anglais par « compétences douces », sont finalement des compétences transversales et humaines de savoir être qui viennent compléter les modes précités.

Elles ne sont pas des traits de caractères à proprement dit car elles peuvent être développées. Cependant, ces derniers peuvent être facilitant pour l'acquisition de ces aptitudes faites de méthodes et de techniques.

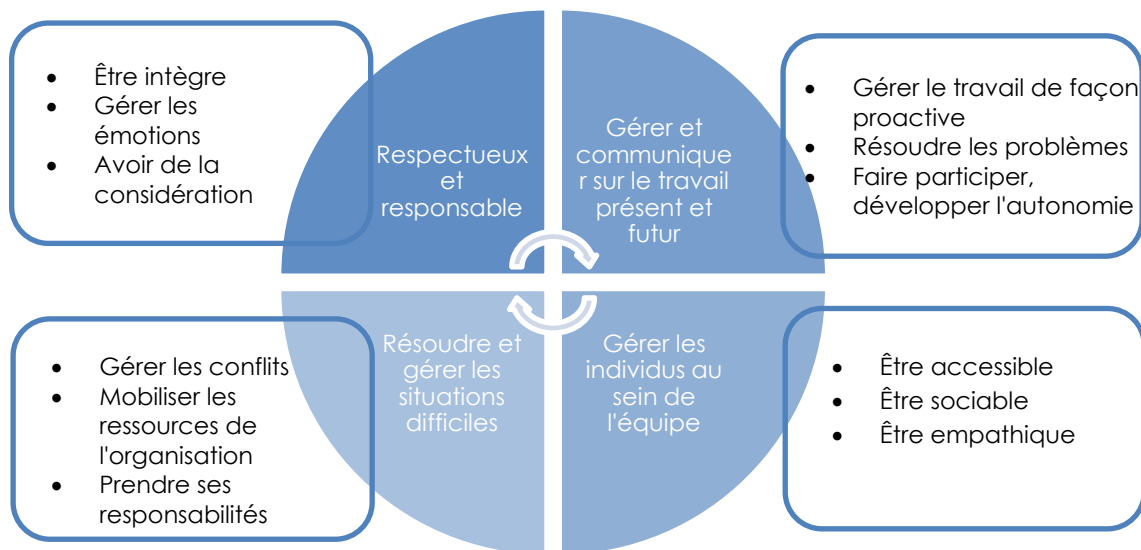
Sans qu'ils aient de définition universelle et précise, on peut citer parmi les soft skills les plus pertinents, **la capacité à conduire des projets**, à les animer et les faire avancer ; **l'intelligence émotionnelle** en tant que capacité à identifier, comprendre, et traiter ses propres émotions et celles des autres ; **les capacités relationnelles**, être ainsi capable d'instaurer des relations de confiance et un climat propice à la coopération positive des équipes, développant nécessairement son assertivité ; et enfin **l'agilité organisationnelle** comme capacité à comprendre et faire évoluer une organisation, à gérer son temps.

---

<sup>16</sup> Guy Le Boterf, docteur en sciences humaines et en sociologie, créateur de la méthodologie « Agir et interagir avec compétence en situation ».

<sup>17</sup> P. Hersley, économiste et K. Blanchard auteur, tous deux américains et spécialistes du management.

En 2008, une recherche anglaise du Health and Safety Executive (équivalent de l'INRS en France), avait conclu que les comportements et les pratiques des managers étaient des facteurs décisifs en matière de prévention de stress au travail. Cette autorité avait alors détaillé un référentiel de quatre compétences comportementales essentielles, auxquelles il faudrait envisager de former au maximum les managers. (Journoud & Pez , 2012)



D'après (Journoud & Pez , 2012)

A chaque étudiant, futur cadre de santé, de s'approprier, d'éprouver en fonction des situations ses différentes compétences et aptitudes, dans le but de définir sa propre identité de manager, en fonction de son vécu personnel et professionnel, mais également ce qu'il est en tant que personne.

Ainsi l'année d'études à l'IFCS permet à l'étudiant d'entamer l'introspection nécessaire pour apprendre à se connaître, à découvrir ses points forts et ses difficultés sur lesquelles il aura à réfléchir, à travailler, à se former et ainsi cultiver les compétences managériales et humaines tant nécessaires dans sa future pratique de manager.

### 2.3.2 Les rôles du CDS dans les préventions de SEP

Comme nous l'avons d j évoqué, des attitudes managériales inadaptées participent aux conditions de survenue du SEP. Il paraît évident ainsi que des comportements négatifs, discriminants, violents, dégradants sont clairement à proscrire. Un management uniquement directif, dans l'obsession du contrôle risque lui aussi d'induire des attitudes de repli, de crainte, de démotivation des agents, créant ainsi le terrain propice à un climat de tensions.

**La prévention primaire**, nous l'avons vu avec les RPS, agit en amont du phénomène, et tente d'en diminuer la prévalence. Elle relève essentiellement du CDS qui est au plus près du terrain, des équipes. Il va de sa responsabilité de **favoriser un climat sain et positif**. Cela commence par faire en sorte qu'aucune forme de violence ne soit tolérée dans l'unité. Le CDS doit être le garde-fou de ce point essentiel, c'est-à-dire qu'il doit détecter, sanctionner les situations inacceptables, et surtout ne pas en être la source.

Ce point essentiel écarté, qu'est-ce que le CDS va pouvoir faire pour prévenir la survenue du SEP ? Il n'a hélas que **peu de marges de manoeuvres sur les dimensions de l'organisation** qui contribuent pour beaucoup à générer du stress, le contexte sanitaire étant si dégradé. Le CDS va cependant devoir **rompre le cercle vicieux que représente « augmentation du stress => baisse de la motivation »** décrit par de nombreux auteurs, tels que Dr Rodet et Y. Desjacques.



C'est entre autres eux qui ont introduit la notion de management bienveillant, dont le premier précepte est d'abaisser le stress afin de rendre possible la motivation, qui elle-même abaissera alors encore le niveau de stress provoquant alors un cercle vertueux.

Dans leur ouvrage messieurs Rodet et Desjacques posent des principes simples qui conduisent à entretenir le cercle vertueux. A commencer par « **prendre du temps pour expliquer, c'est en gagner (...), donner du sens, faire adhérer et ainsi susciter l'envie et l'enthousiasme** ». Ils traitent ensuite des cinq leviers qui augmentent les émotions positives et les cinq qui diminuent celles négatives, qui selon eux contribuent à diminuer le stress qui est à la base de la problématique des épuisements professionnels. L'équation paraît simple sur le papier :

<b>5 leviers qui ↘ émotions négatives</b>	<b>+</b>	<b>5 leviers qui ↗ émotions positives</b>	⇒ ↘ stress = ↘ cortisol  ⇒ ↗ motivation intrinsèque = ↗ endorphines/ ocytocine/dopamine
Considération		Donner du sens au travail	
Être cohérent		Fixer des objectifs SMART	
Être empathique		Favoriser autonomie	
Savoir pardonner		Pratiquer la gratitude	
Être juste		Encourager	

Le tout contribuant donc à un certain ressenti de bonheur ou a minima à la satisfaction au travail.

Ces leviers rejoignent ceux établis par le HSE, et par d'autres auteurs notamment Yves Clot pour qui la meilleure prévention contre le stress, « **c'est le plaisir du travail bien fait car il n'y a pas de bien-être sans bien-faire** », **c'est cela qui donne tout son sens au travail**. (Clot, 2015)

**La prévention secondaire** agit quand l'épuisement est déjà présent et ainsi les actions à mener seront de l'ordre de la détection, de l'accompagnement. Étant donné sa proximité avec ses équipes sur le terrain, le CDS devrait être capable de **réaliser la détection de l'épuisement** d'un ou plusieurs de ses agents. Cela étant, si ces derniers sont particulièrement somatiques, son rôle serait alors de les **accompagner** en les aiguillant vers leur médecin généraliste, ou le service de santé au travail afin qu'ils n'entrent pas dans la spirale du burnout jusqu'à son paroxysme qui est difficile à traiter et dont il est délicat de se relever.

**La prévention tertiaire** aborde le retour à l'emploi après une période d'absence par suite d'un arrêt maladie pour burnout, ou pour un symptôme évocateur qui a été un signal d'alerte. Le moins qu'un CDS puisse faire est **d'accueillir, d'accompagner la reprise** avec le plus de bienveillance, de **ne pas stigmatiser** l'agent à son retour, mais plutôt de le valoriser, l'encourager dans ses tâches afin de lui permettre de reprendre confiance en lui dans cet environnement de travail qui l'a conduit vers l'épuisement.

Ces différents niveaux de prévention interagissent forcément. Ainsi la bienveillance s'entend au travers de nombreuses actions que le CDS pourra mettre en place au service du bien-être de ses équipes : donner du sens, valoriser le collectif, promouvoir ainsi des valeurs communes qui conduisent à l'engagement et la motivation.

### 2.3.3 Les limites du rôle du CDS

Le CDS est donc le 1<sup>er</sup> maillon de la chaîne de prévention, mais il doit être soutenu dans ses démarches. Il ne peut être un élément isolé, au risque d'être inefficace, ou rapidement essouffé dans ses actions.

**Le CDS au cœur d'un collectif ?** Si sa posture et son mode de management sont des clefs pour prémunir ses équipes, ou atténuer le SEP, ses attitudes et actions ne seront pas suffisantes pour contrer les facteurs de risques les plus impactant qui résultent du profond malaise que traverse notre système de santé. Par exemple, les sous-effectifs ne pourront ainsi pas être comblés en quelques mois, et il faudra bien que les organisations parviennent à des compromis afin d'épargner les soignants qui sont encore en poste.

Ce travail ne peut alors se penser qu'en groupes dans des démarches de QVCT qui impliquent tous les acteurs de l'organisation de travail.

Par ailleurs, le CDS est souvent le seul encadrant dans son unité. Il est alors le seul lien entre le terrain et « la Direction ». Il a ainsi une position qui peut s'avérer parfois délicate, portant tour à tour la parole de ses équipes (information ascendante) vers la hiérarchie, ou celle de l'institution vers ces dernières (information descendante) même s'il sait que ladite information ne sera pas toujours bien accueillie, le positionnant alors « entre le marteau et l'enclume ».

**Ainsi le CDS est lui-même exposé aux RPS**, le burnout le guette. Au regard des signes évocateurs du SEP, si lui-même en présente un certain nombre, notamment ceux liés à la dépersonnalisation qui atteint alors les relations interpersonnelles, son implication à son poste en sera forcément impactée. On peut imaginer malheureusement qu'il n'ait alors plus toutes ses capacités de discernement pour assurer son rôle de préventeur auprès de ses agents.

Dans ce cas, est-il seulement capable de se rendre compte qu'il est lui-même en souffrance ?

### 2.3.4 Des pistes, des outils pour se protéger ?

Ainsi, avant même de vouloir s'occuper de son équipe, il semble évident que le CDS va devoir apprendre à se préserver lui-même.

Cela passera par une bonne connaissance du phénomène, mais également la connaissance de soi ce qui est un travail dans le temps.

Si je me permets une analogie avec la démarche clinique et diagnostique des soins infirmiers, comment être capable de reconnaître un possible infarctus du myocarde sans avoir auparavant appris l'anatomie, la physiopathologie ?

De la même façon, on ne sait se protéger d'une maladie que si l'on connaît son mode de transmission.

Ainsi **la première action de prévention du burnout passe par la formation aux RPS**, afin d'être capable d'en connaître puis d'en repérer les causes, les signes, les conséquences.

Cependant, souvent embarqué par ses nombreuses activités au quotidien, le manager devra aussi **apprendre à s'en protéger**, à commencer par **identifier les charges mentales** engagées et ainsi mettre en place des actions personnelles pour ne pas en subir les conséquences.

Cécile Dejoux<sup>18</sup> anime des mooc, des webinaires et poste régulièrement des vidéos sur la chaîne « XERFI Canal » de You Tube qui traitent du management en général et plus précisément celui du futur où elle y questionne la place des innovations telles que ChatPGT et l'intelligence artificielle (IA) pour accompagner le travail du manager. Elle prône également le **management par le « care »**, en commençant par le « self care » afin d'être centré au travail avant de développer son « team care ».

Le care se traduit de l'anglais par **« prendre soin de », « se soucier de »**. Ainsi, le self care nous identifie qu'il faut prendre soin de soi, être à l'écoute de notre corps. Le team care s'intéresse alors au groupe, où le manager est en veille, à l'affût des réactions, des émotions, des autres signaux verbaux ou non-verbaux de son équipe.

Cette chercheuse évoque les nombreuses charges mentales qui consomment physiquement et psychologiquement si l'on ne parvient pas à s'en prémunir. Ainsi, il existe la charge émotionnelle qui sera plus ou moins lourde en fonction du poste, l'attentionnelle qui concerne le degré de concentration nécessaire, l'informationnelle quand il a trop à hiérarchiser et à traiter, la cognitive qui demande parfois des efforts considérables pour réaliser un travail, ainsi que celle liée aux postures et rôles à avoir, notamment quand les tâches sont hors fiche de poste. La quantité de travail pèse également quand elle est nettement supérieure au temps disponible créant ainsi des discordances.

---

<sup>18</sup> C. Dejoux, docteure et chercheuse en sciences de gestion, Directrice de la chaire d'entreprise sur le futur du travail et du management le « Learning Lab Human Change ». Ses travaux portent sur l'impact du numérique, de l'intelligence artificielle sur le travail, le management et les compétences.

Cécile Dejoux explique plus simplement que les scientifiques, que le cerveau est en surcharge quand on lui demande trop de travail analytique nécessitant une forte concentration. Si cette surcharge dure dans le temps, elle conduit le cerveau dans un processus de résignation, de repli, et il se met alors en « mode survie », envoyant des alertes physiques et psychiques qui conduisent au burnout.

Elle avance des pistes d'action pour alors diminuer les charges après les avoir identifiées, afin de **concentrer les efforts sur ce qui peut être changé** à notre niveau, là où l'on peut avoir un impact.

L'intérêt **d'apprendre à se connaître soi** vient ensuite, afin de ne pas subir, **savoir reconnaître les signaux d'alertes que notre corps** nous envoie, ainsi que **les émotions** émergentes qui laissent souvent trop de place aux ruminations épuisantes.

Il faut apprendre à identifier nos émotions et celles des autres, à les gérer, à en faire une énergie positive : c'est développer **notre intelligence émotionnelle (IE)**.

Daniel Goleman<sup>19</sup>, la définit ainsi en 1995 : « C'est une méta-capacité à dialoguer avec ses émotions et celles des autres, pour renforcer la qualité, la puissance de ses réactions »  
« Cette méta-capacité nous permet de prendre du recul, d'observer nos émotions et donc d'agir en conscience (...). Nous devenons capables de mieux gérer l'ensemble de nos fonctionnements affectifs, au bénéfice de nous-même, comme d'autrui ». (Burgat, 2016)

Par ailleurs, la **psychologie positive** complète l'approche de l'IE. Cette discipline apparue en 1998 est une branche de la psychologie. Elle est abordée en premier lieu par les psychologues humanistes américains C. Rogers et A. Maslow, qui proposaient alors des approches thérapeutiques basées sur les ressources psychologiques de leurs patients, plutôt que sur leurs pathologies, se préoccupant ainsi plus de leur bonne santé mentale plutôt que de leurs maladies.

Cette discipline s'intéresse donc au bien-être au sens large, en s'appuyant sur le positif qu'il y a en toutes choses, en tout individu. C'est être à l'écoute de soi, prendre du temps pour soi en **s'imposant des pauses**. C'est avant tout **être dans l'humilité**, dans une **écoute objective**. C'est **être fier de ce que l'on fait, se donner de la gratitude, prendre le temps de se féliciter de chaque petite victoire**. Ainsi valorisé, l'individu voit ses charges mentales diminuer, sa santé s'améliorer et ses ressentis positifs.

Tout cela peut paraître un peu simplet mais cette approche de la psychologie positive, produit un état d'esprit communicatif. Elle permet de se protéger soi-même, et par ricochet de prendre soin des autres, dans **la bienveillance** décrite précédemment.

**Prendre soin de son corps par une bonne hygiène de vie** (sommeil, alimentation, sport) est primordial mais **apprendre à « déconnecter » son esprit** l'est tout autant. La pratique de certaines techniques peut être envisagée, **relaxation, sophrologie, méditation pleine conscience**. Autant de techniques qui permettent finalement une certaine **« prise de recul »**.

La méditation a d'ailleurs été beaucoup étudiée par les neurosciences, qui lui accordent une réelle efficacité qui a pu être démontrée scientifiquement, notamment grâce à l'imagerie par résonance magnétique. La méditation tend à réguler la synthèse des hormones de stress (cortisol et adrénaline) et modifie significativement le fonctionnement de certaines zones du cerveau qui interviennent dans la gestion des émotions. (André, 2018)

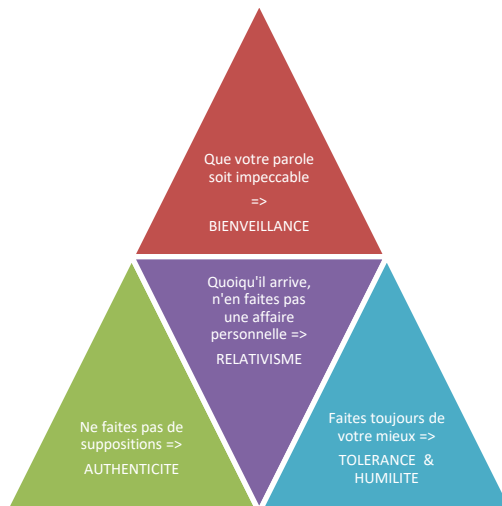
Par ailleurs, dans nos rapports aux autres, **l'absolue nécessité d'apprendre à « dire non »** devrait également nous être enseignée en passant notamment par la communication non violente (**CNV**) et en cultivant notre **assertivité**, qui revient à savoir exprimer et défendre notre opinion tout en respectant celles des autres.

---

<sup>19</sup> D. Goleman (1946-), psychologue américain, spécialiste de l'intelligence émotionnelle, et le 1<sup>er</sup> à avoir écrit sur l'IE au travail

De nombreux ouvrages sur le « développement personnel » existent, mais cette « matière » est loin d'être généralisée alors qu'elle devrait être enseignée dès le plus âge. Ce qui commence à être fait dans certains établissements scolaires, incitant les enfants par le jeu à nommer, exprimer leurs émotions. Je me permets de citer ici à titre d'exemple, le génial personnage du monstre des couleurs, tiré de l'album jeunesse d'Anna Llenas « la couleur des émotions ».

Les apports des « 4 Accords Toltèques » (Ruiz, 1999) sont riches d'enseignements sur cette voie du self care.



Don Miguel Ruiz puise ses « pouvoirs » dans l'histoire millénaire des Toltèques, femmes et hommes de savoir qui vivaient dans le sud du Mexique. Sans négliger la dimension spirituelle de cette connaissance, c'est plus un mode de vie qui est porté par ces maîtres. L'auteur explique qu'il faut une volonté très forte pour adopter ces principes, puisqu'ils viendront en remplacement de ceux qui sont ancrés dans notre inconscient, qui relèvent de nos histoires de vie, de notre éducation. Leur application apporterait ainsi une certaine forme de bonheur, ou en tous cas de sagesse. Si l'on n'applique pas cette philosophie stricto sensu, on peut tout de même essayer d'en faire usage dans nos modes de vies modernes, privées et professionnelles.

Cependant, la démarche de formation sur cette voie de la bienveillance envers soi et les autres semble encore très personnelle.

Je ne crois pas qu'il y ait de formation dite « obligatoire » dans les projets d'établissements de santé, portant sur cet axe de la QVCT.

C'est peut-être ce qui devrait être envisagé dans un plan d'action globale pour informer, prévenir largement sur les RPS et le burnout qui concernent chaque individu ?

Qu'en est-il des formations existantes sur ces sujets ? Des actions existantes dans le secteur hospitalier ?

### 2.3.5 Des formations pour apprendre les risques et s'en prémunir ?

Les départements QVCT ont été développés dans les hôpitaux pour donner suite aux plans de prévention initiés par le gouvernement. A titre personnel au sein de l'établissement dans lequel je travaille depuis une quinzaine d'année, je n'ai guère vu d'actions concrètes sur le sujet.

En ce qui concerne les formations proposées dans le catalogue qui accompagne notre entretien de formation annuel, la thématique qui nous concerne ici n'est guère représentée. Elle se résume à quelques formations, dont « gestion du stress professionnel » et « faire face et gérer une situation d'agressivité ».

A titre d'exemple, l'ANFH<sup>20</sup> propose pour l'année 2023 en région Ile de France une dizaine de formations sur les axes QVCT, sécurité et environnement professionnel :

- La gestion du stress et l'intelligence émotionnelle
- Recourir à la médiation
- Initiation à la pratique de la méditation pleine conscience
- Développer la cohésion d'équipe
- Comment être un membre actif au sein d'une équipe et contribuer à la cohésion d'équipe

<sup>20</sup> Association nationale de la formation permanente du personnel hospitalier

- Améliorer ensemble le travail au quotidien : quelle place pour chacun ?
- Violences sexistes et sexuelles au travail : repérer, prendre en charge et orienter les victimes
- Accompagner la souffrance des professionnels face à la mort des usagers
- Comment intervenir auprès d'une personne physiquement violente ?

A celles-ci s'ajoute le « PSSM », premier secours en santé mental qui commence à se généraliser dans les entreprises. Il s'agit d'apprendre à repérer les signes de souffrances psychiques, afin d'être capable de les détecter chez un collaborateur, de l'inciter à en parler et à demander de l'aide.

Le manager acteur de prévention pourrait alors se saisir de cette offre de formation pour monter en compétences sur la thématique des RPS et de l'épuisement professionnel. Mais il pourrait aussi la proposer à ses agents avec l'idée que chacun doit apprendre à se prémunir du burnout puisque tout le monde y est ou y sera exposé à un moment ou à un autre de sa vie professionnelle.

### 3 La question de recherche

Les différentes lectures qui m'ont aidée à développer les concepts dans la 1<sup>ère</sup> partie, ont répondu en grande partie à mes questions initiales. Cependant, elles m'en ont aussi apportée d'autres, interrogeant alors mes propres compétences sur le sujet, m'amenant à réfléchir sur mon expérience de faisant fonction, ainsi que sur l'apport que ce travail aura sur ma posture, mon positionnement dans ma future vie professionnelle de cadre de santé.

La première phase d'exploration théorique place le CDS comme acteur premier de la prévention du syndrome d'épuisement professionnel, du fait de sa proximité avec son équipe et de ses connaissances sur le sujet. Cependant, alors que j'ai toujours été sensible au sujet du bien-être au travail et ainsi qu'à la survenue du burnout, j'étais loin de bien le connaître, d'être consciente des nombreuses manifestations qu'il peut prendre.

Malheureusement, l'épuisement professionnel est et sera forcément prégnant dans nos lieux d'exercice tant que les causes profondes de celui-ci ne seront pas résolues, notamment les contraintes de travail liées aux manques de personnel.

Ainsi, je pose ma question de recherche :

**Le cadre de santé est-il suffisamment « armé » pour prévenir, détecter et accompagner le syndrome d'épuisement professionnel de ses équipes ?**

Et formule les hypothèses suivantes :

**Le CDS peut être en difficulté pour prévenir, détecter et accompagner le syndrome d'épuisement professionnel de son équipe,**

- N°1 : parce qu'il est lui-même soumis aux RPS (pressions, surcharge de travail : gestion RH difficile, réunions, reporting...), ce qui induit une moindre présence dans son unité auprès de ses agents,
- N° 2 : parce qu'il ne connaît pas suffisamment le SEP pour assurer au mieux son rôle de préventeur.

## 4 La construction du modèle d'analyse

Je dois maintenant confronter mes interrogations à la réalité du terrain et ainsi réaliser une enquête pour tenter d'y apporter des réponses.

### 4.1 Le choix de l'outil de recherche

J'ai choisi d'utiliser l'entretien guidé et semi-directif, outil pertinent qui privilégie l'analyse qualitative.

Ainsi, j'ai exclu le questionnaire plus fermé ou directif, qui risquait d'orienter les réponses des professionnels. La difficulté aurait été de formuler des questions qui ne soient pas empreintes de mes représentations, ce qui aurait pu provoquer un biais dans les résultats.

Les échanges avec les professionnels rencontrés m'ont ainsi permis de recueillir leurs propos de façon spontanée, tout en observant leurs réactions, le ton de leurs voix et tout ce qui relève de la communication non-verbale.

### 4.2 Le guide d'entretien

J'ai donc construit une trame d'entretien<sup>21</sup> qui m'a permis de guider les échanges auprès des professionnels rencontrés, qui a été validée par ma directrice de mémoire.

Ce guide est composé de 10 éléments, il aborde les thèmes principaux explorés dans le cadre de référence :

- Le syndrome d'épuisement professionnel, questions n°1 à 4
- Le management et le syndrome d'épuisement professionnel, questions n°5 à 9.

Cet outil semi-directif m'a permis de canaliser les échanges, tout en laissant une certaine liberté d'expression à mes interlocuteurs, notamment dans la question ouverte n°10.

Afin de pouvoir exploiter les entretiens, ceux-ci ont été enregistrés avec l'accord du professionnel, puis retranscrits et anonymisés.

### 4.3 Le choix des professionnels

Après avoir obtenu l'autorisation auprès des directeurs des soins des deux établissements hospitaliers où je souhaitais réaliser mes entretiens, j'ai pris rendez-vous avec les professionnels. Afin d'obtenir des opinions variées, j'ai souhaité rencontrer des professionnels issus de secteurs et pôles différents, diplômés cadre de santé ou faisant fonction, étant plus ou moins « jeunes » dans la fonction.

J'ai souvent utilisé le tutoiement en réponse à son emploi quand le cadre de santé rencontré l'utilisait spontanément avec moi.

---

<sup>21</sup> Outil en annexe 2

## 5 L'enquête de terrain, les entretiens

### 5.1 Les professionnels rencontrés

J'ai réalisé mes entretiens auprès de six professionnels entre le 4 et le 24 avril 2023.

Ma directrice de mémoire ne voyant pas d'inconvénient au fait que j'aie réalisé des entretiens sur l'établissement où je travaillais en tant que faisant fonction, j'ai ainsi sollicité par mail quatre collègues avec qui je n'avais jamais travaillé en direct afin d'éviter le biais « d'affinités ». Deux d'entre eux m'ont répondu favorablement.

Les quatre autres ont accepté au hasard d'une rencontre dans l'établissement dans lequel je réalisais mon stage du module 4 « management ».

Je les ai nommés CDS 1 à 6 afin d'anonymiser nos échanges.

Cadres	Age	Profession d'origine	Ancienneté dans la fonction managériale	Service d'affectation
<b>CDS1</b>	44 ans	Infirmière DE	3 ans ½ faisant fonction	Pool
<b>CDS2</b>	34 ans	Infirmier DE	8 ans dont 4, diplômé	Urgences
<b>CDS3</b>	35 ans	Infirmière DE	3 ans faisant fonction	Pool
<b>CDS4</b>	36 ans	Infirmier DE	< 1an faisant fonction	Cardiologie
<b>CDS5</b>	38 ans	Préparateur pharmacie en	2 ans ½ faisant fonction	Pharmacie
<b>CDS6</b>	34 ans	Infirmière DE	5 ans dont 3, diplômée	Réanimation

### 5.2 L'analyse de l'enquête

J'ai choisi de réaliser l'analyse des réponses des professionnels dans l'ordre où j'ai posé les questions.

Je procéderai en deux temps. D'abord, je propose de reporter dans des tableaux les réponses des professionnels, au travers des verbatims ou des mots clefs employés, qui m'auront semblés les plus pertinents au regard de la question. J'en ferai une analyse courte par question.

Pour faciliter la lecture des tableaux :

- Les propos des professionnels seront reportés en italiques.
- Les précisions ou questions que j'apporte seront en caractères simples et soulignés.
- Les lignes en « bleu clair » sont la synthèse des propos des interviewés.

Ensuite, je proposerai alors une synthèse pour chacune des parties du questionnaire avant de les confronter à mes hypothèses et ma question de recherche.



## 5.2.1 Le syndrome d'épuisement professionnel, qu'est-ce que c'est ?

<b>Q1 : D'une façon générale, que pensez-vous du SEP ? comment le définissez-vous ?</b>	
CDS1	<i>Avalanche émotionnelle, lourde à porter, qui impacte la santé, les connexions mentales, la famille, l'efficacité au travail et surtout la santé mentale</i>
<b>CDS1 semble évoquer la fatigue émotionnelle et ses impacts sur la santé physique, mentale, la famille et l'efficacité au travail.</b>	
CDS2	<i>Forme de frustration, surcharge de travail, injonctions contradictoires, conditions dégradées, contraintes institutionnelles</i>
<b>CDS2 semble évoquer le sentiment de diminution de l'accomplissement de soi.</b>	
CDS3	<i>Le professionnel n'a plus les ressources pour faire face à la fatigue et à la gestion du temps, à la gestion des imprévus</i>
<b>CDS3 semble évoquer le stress avec l'incapacité à faire face.</b>	
CDS4	<i>Epuisement professionnel qui peut arriver très rapidement sans qu'on s'en aperçoive, fatigue physique, pertes de mémoire, mauvaise assimilation de l'information, tensions d'équipes</i>
<b>CDS4 semble évoquer la fatigue physique et les troubles cognitifs.</b>	
CDS5	<i>Enervement, fatigue, burn out Fatigue professionnelle liée au fait de ramener du travail chez soi</i>
<b>CDS5 semble évoquer la fatigue physique, les troubles du comportement, le burn out, le manque de déconnexion entre la vie professionnelle et privée.</b>	
CDS6	<i>Faire des choses par automatisme, sans prendre en compte cette partie humaine On s'oublie, on ne pense plus au reste</i>
<b>CDS6 semble évoquer la dépersonnalisation.</b>	

Analyse de la question n°1 :

Les six encadrants interviewés n'ont ainsi pas de définition précise du syndrome d'épuisement.

L'ensemble de leurs réponses contiennent les 3 éléments qui caractérisent le SEP : la fatigue émotionnelle, la dépersonnalisation et la diminution de l'accomplissement de soi.

Ils évoquent plus les signes des manifestations cliniques du syndrome.

Par ailleurs, aucun d'eux n'a cité le burnout comme synonyme au SEP.

<b>Q2 : quelle(s) en est / sont la / les cause(s) ?</b>	
CDS1	Charge de travail ; charge mentale due à la charge de travail ; hyper-sollicitations ; jugements multiples ; souci de bien faire
<b>CDS1 évoque les exigences de travail, les rapports sociaux</b>	
CDS2	(Oubli de poser la Q2 à ce CDS, cela étant il y a répondu dans la Q1)  <i>Ensemble du contexte du milieu de la santé à l'heure actuelle ; surcharge de travail ; frustration entre les envies / l'aspiration et ce qu'on peut réaliser ; injonctions contradictoires ; le rapport au travail qui a changé</i>
<b>CDS2 évoque les exigences de travail, le conflit de valeurs lié au travail empêché</b>	
CDS3	<i>Les changements de protocoles, de directives, de professionnels ; le turnover de personnel (qui entraîne l'absence de personnes ressources dans les services) = archivage du service ; absence de bons tuteurs pour les nouveaux arrivants</i>
<b>CDS3 évoque l'insécurité dans le travail liée aux changements, manque de stabilité</b>	
CDS4	<i>Manque de personnel ; le charge de travail ; manque de formation ; le stress ; l'alternance jour/nuit</i>
<b>CDS4 évoque les exigences de travail et l'insécurité liée au manque formation</b>	
CDS5	<i>Cadre, c'est un travail, mais je ne le ramène pas chez moi</i>
<b>CDS5 évoque le droit à la déconnexion qui entre dans les exigences de travail</b>	
CDS6	<i>La pandémie Covid a mis en lumière « ce qui se passe mal partout et les gens sont devenus moins patients depuis » Avant le Covid, c'étaient plus les conditions de travail, le rythme, la façon dont on était reçu par les patients, la non-écoute et le manque de reconnaissance</i>
<b>CDS6 évoque les exigences de travail et les rapports sociaux</b>	

#### Analyse de la question n°2 :

Les six interviewés évoquent largement les contraintes liées aux exigences de travail comme cause du SEP. Elles sont en effet multiples comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel : travail posté de jour comme de nuit, assurant la continuité des soins 24h/24 et 7j/7, auxquelles s'ajoutent la complexité des tâches, la charge mentale et émotionnelle qu'elles demandent aux équipes soignantes et aux encadrants de ces dernières.

En second arrivent les rapports sociaux dégradés qui résultent des interactions entre collègues ou avec les patients, leurs familles ou autres.

Un seul d'entre eux a utilisé le mot stress qui est très généraliste finalement. Aucun n'a apparenté le SEP aux risques psycho-sociaux.

<b>Q3 : Sauriez-vous en décrire les signes ? les détecter chez vos agents, vos collègues ?</b>	
CDS1	<u>Signes</u> : fatigue, irritabilité, incompréhension, lenteur, ralentissement psychomoteur, réaction inadaptée face à de situations, sautes d'humeur, retrait, repli sur soi, perte d'efficacité au travail
	<u>Détection</u> : oui, de façon discrète, pour faire part des choses entre ce qui relève de l'épuisement professionnel et de la vie privée
<b>CDS1 évoque les signes d'épuisement émotionnel, physique, les troubles comportementaux</b>	
CDS2	<u>Signes</u> : quand le boulot nous poursuit à la maison, manque de déconnexion avec le travail ; les troubles du sommeil : insomnies, réveils nocturnes/anticipés ; venir au boulot la boule au ventre ; se rendre malade du boulot
	<u>Détection</u> : oui mais difficile si les agents ne verbalisent pas ; il existe des tests d'auto-évaluation ; mais probable manque d'auto-discernement
<b>CDS2 évoque des signes physiques évocateurs d'anxiété et troubles du sommeil</b>	
CDS3	<u>Signes</u> : personnes qui expriment le fait d'être fatiguées, à bout ; d'autres qui sont silencieuses alors qu'elles ne le sont pas généralement ; personnes qui vont être stressées tout d'un coup et qui ne l'étaient pas face à un incident habituel.
	<u>Détection</u> : oui, si les agents s'expriment et si je vois une différence entre d'habitude et une réaction particulière
<b>CDS3 évoque des troubles comportementaux</b>	
CDS4	<u>Signes</u> : altération de la communication ; non prise en compte des informations transmises ; tensions entre les collègues ; plaintes diverses ; un élément moteur du service qui commence à ne plus rien faire, à se plaindre.
	<u>Détection</u> : oui, si plaintes exprimées
<b>CDS4 évoque essentiellement des troubles comportementaux</b>	
CDS5	<u>Signes</u> : énervement ; personne qui part au quart de tour ; fatigue ; la personne n'arrive plus à dormir ; les gens sont sur les nerfs ; ils ne s'investissent plus dans le service
	<u>Détection</u> : (aucune réponse du cadre car oubli de relance)
<b>CDS5 évoque les troubles du sommeil, et comportementaux</b>	
CDS6	<u>Signes</u> : énervement ; stress ; les arrêts notamment pour des blessures bêtes ; le burnout ; l'irritabilité ; la façon dont les soignants parlent aux patients, leur non-tolérance
	<u>Détection</u> : j'espère y faire attention, j'essaie d'être au plus proche de l'équipe mais ce n'est pas facile
<b>CDS5 évoque les troubles comportementaux, la dépersonnalisation</b>	

#### Analyse de la question n°3 :

D'une façon assez générale, les six CDS rencontrés sont capables de citer plusieurs signes d'alerte qui démontrent d'un état d'épuisement professionnel.

Les troubles psychosomatiques sont réduits à ceux du sommeil et à une certaine fatigue générale exprimée.

Les troubles comportementaux semblent plus être mis en avant comme symptôme du burn out : l'énervement, l'irritabilité, l'agressivité, la non-tolérance évoquant le cynisme, et le repli sur soi.

<b>Q4 : Avez-vous reçu une formation concernant le SEP ou plus largement sur les RPS ?</b>	
CDS1	<u>Formation reçue</u> : non mais j'aurais dû, la formation a été reportée
	<u>Souhait de formation</u> : oui, inscrite à « détecter les RPS »
<b>Déjà dans une démarche de formation</b>	
CDS2	<u>Formation reçue</u> : non pas de formation spécifique sauf la sensibilisation à l'IFCS
	<u>Souhait de formation</u> : non car ça ne changera pas grand-chose aux problématiques du quotidien
<b>Sensibilisé à l'IFCS mais pas de souhait d'approfondissement</b>	
CDS3	<u>Formation reçue</u> : non, pas de formation
	<u>Souhait de formation</u> : oui pour savoir reconnaître les signes, avoir des outils, des automatismes. C'est important quand on est cadre la dynamique d'équipe autour du patient.
<b>Souhaite se former</b>	
CDS4	<u>Formation reçue</u> : non, pas de formation
	<u>Souhait de formation</u> : pour prévenir, détecter le SEP le plus tôt possible, ça ne peut être que bénéfique.
<b>Souhaite se former</b>	
CDS5	<u>Formation reçue</u> : non, pas de formation
	<u>Souhait de formation</u> : oui car ça aiderait pour comprendre le SEP et certains signes, pour pouvoir les détecter plus facilement pour moi comme chez les autres.
<b>Souhaite se former</b>	
CDS6	<u>Formation reçue</u> : oui l'IFCS sur les RPS mais pas spécifiquement sur le SEP
	<u>Souhait de formation</u> : oui, pour approfondir le sujet. Je me suis inscrite à une formation sur la communication non violente. C'est important d'être formé car ça fait partie de notre boulot, si on ne remarque pas que nos soignants ne vont pas bien, qui c'est qui va le faire ?
<b>Sensibilisée à l'IFCS, dans une démarche d'approfondissement des connaissances</b>	

#### Analyse de la question n°4 :

La quasi-totalité des professionnels rencontrés disent ne jamais avoir reçu de formation spécifique sur le syndrome d'épuisement professionnel.

Ils expriment pour la plupart le souhait d'y remédier et le justifient dans le but d'être capables d'en repérer les signes chez les membres de leurs équipes.

L'une des CDS s'interroge : qui mieux que l'encadrement de proximité pour repérer le mal-être des soignants ? Elle rejoint ainsi l'avis de nombreux experts en la matière qui placent le manager au cœur de la prévention étant donné la connaissance qu'il a de ses équipes et de sa proximité.

### Synthèse du thème « Le syndrome d'épuisement professionnel »

Concernant ce thème abordé avec les CDS, aucun n'assimile le terme syndrome d'épuisement professionnel au burn out. L'un d'eux l'évoque comme la conséquence ultime du SEP. C'est en effet ce qu'il semble représenter dans le vocabulaire courant : c'est d'être arrivé au bout de nos forces, « consommé » et incapable d'en faire plus.

La notion graduelle, évolutive du burn out, est ainsi définie par C. Maslach comme « l'érosion de l'âme »<sup>22</sup>, une spirale négative qui conduit à l'effondrement de la personne atteinte.

Dans l'ensemble, les interviewés ne semblent pas réellement faire le lien entre les nombreuses causes qui peuvent conduire les personnes au burn out, et les troubles comportementaux, cognitifs et psychosomatiques qui en résultent. Les maladies chroniques ne sont clairement pas évoquées, pas même les troubles musculosquelettiques pourtant source fréquente d'arrêt maladie.

Pourtant le terme burn out revêt une dimension tellement large de symptômes, de conséquences avant d'arriver à un effondrement complet dont il est tellement difficile de se remettre.

Tous abordent les conditions et exigences de travail au sens large, mais un seul évoque le rapport au travail qui est finalement propre à l'individu qui évolue dans un contexte sociétal.

Aucun n'a mis en avant les « fragilités » ou facteurs intrinsèques de l'individu comme cause de la survenue d'un burn out, ou en tout cas comme facteur contributif à celui-ci.

Est-ce parce que j'ai utilisé le terme d'épuisement professionnel qui recentre directement sur le secteur professionnel ? Leurs réponses auraient-elles été différentes si j'avais questionné sur le burn out ?

En tous cas, ceci a permis d'éviter le cliché que seules les personnes fragiles font un burnout.

Les six CDS ont ainsi une connaissance assez généraliste du SEP, mais semblent réaliser qu'elle est bien insuffisante, puisque cinq d'entre eux expriment le souhait de suivre une formation spécifique quand on leur propose afin d'être plus « affûté » dans le diagnostic et le repérage des signes d'alertes chez leurs collaborateurs.

Peut-on en déduire qu'aucun d'eux ne s'estime compétent sur le sujet ?

---

<sup>22</sup> (Maslach & Leiter, 2011) p.42

## 5.2.2 Le management et le syndrome d'épuisement professionnel

<b>Q5 : Selon vous, le management joue-t-il un rôle dans le SEP ?            Si oui, pouvez-vous préciser comment ? et à quel(s) niveau(x) ?            Si non, pouvez-vous me préciser pourquoi ?</b>	
CDS1	<p>Quelqu'un qui est déjà fragilisé en termes de demande de rendement, d'exécution de tâches, si le manager n'est pas à l'écoute et s'il ne voit pas les choses, il ne fait qu'aggraver les choses finalement.</p> <p>Il faut qu'il adapte ses réponses en fonction des personnes et qu'il écoute les réactions pour pouvoir détecter s'il y a un souci ou pas, et essayer de visualiser la charge de travail pour demander le réalisable à ses collaborateurs, et pas l'irréalisable.</p> <p>L'observation, le verbal, le non verbal, évaluer régulièrement la charge de travail pour voir s'il y a besoin d'aider ou de changer, demander des renforts, revoir la répartition des tâches, promouvoir l'entraide.</p>
<b>Le manager peut être une cause du SEP et une solution : détection</b>	
CDS2	<p>Bien évidemment que ça a un rôle parce qu'il y a aussi des choses qu'on ne voit pas comme on n'est pas dans la tête des gens, il y a des choses peut-être qu'on fait...le management directif...je ne suis même pas sûr que ce soit le mode de management finalement...parce que les anciennes cadres, les surveillantes, c'étaient des dragons et pour autant je ne suis pas sûr que ça amenait non plus à l'épuisement professionnel.</p> <p>C'est plus lié à la personnalité de l'encadrant qu'à son mode de management, et à l'équipe qu'il a en face.</p>
<b>Le manager peut être une cause du SEP : cela dépend plus de sa personnalité que de son mode de management</b>	
CDS3	<p>Complètement oui ! à 200% ça va dépendre de quel type de manager, quel type managérial, quel processus on veut mettre en place dans son équipe, quelle cohésion, quelle harmonie d'équipe on veut.</p> <p>Evidemment le manager n'est pas tout le temps dans son service et ne sait pas ce qui se passe à la maison (vie privée des agents), il y a un équilibre à avoir mais c'est compliqué. Organiser quelque chose en dehors du travail, pour justement apprendre à connaître les personnes... selon le temps qu'on veut y mettre, pour y investir dans son équipe.</p> <p>Le type de communication que l'on a avec son équipe et comment on transmet l'information.</p> <p>Son attitude, la stature je trouve ça très très important venant d'un manager, qu'il soit posé, qu'il passe du temps avec les équipes.</p> <p>Le bon manager doit vraiment être auprès de ses équipes, pour les soutenir, être là et en soutien.</p>
<b>Manager peut être une solution au SEP : soutien, présence</b>	
CDS4	<p>Oui je pense, je le vois par rapport au planning, on va demander (aux agents) de revenir sur leur jour de repos, d'un côté il y a « l'appât du gain » (heures supp.) mais de l'autre le côté physique où il faut réussir à suivre.</p> <p>Il faut que les managers soient formés aux RPS...c'est quoi pour toi RPS ?... je parlerai du burnout... (incapable d'en donner une définition plus précise)</p>
<b>Le manager peut accentuer les risques de SEP, par rapport aux contraintes de travail</b>	

CDS5	<i>Oui oui, parce que je pense que si nous (CDS) déjà on est en épuisement professionnel, obligatoirement je pense qu'on le fait ressortir, l'équipe le ressent. Des fois on est obligé de rappeler les gens sur leur repos et on n'a pas envie de le faire mais il faut que « ça tourne », et du coup il y a des fois où on accentue un petit peu cet effet-là.</i>
<b>Le manager peut accentuer les risques de SEP, par rapport aux contraintes de travail, ou s'il est lui-même épuisé, risque que ceci se répercute sur son management</b>	
CDS6	<i>Je pense qu'il peut être une des causes même. Un manager qui ne va pas bien peut mal manager son équipe et épuiser ses équipes sans problème. Ça peut aussi faire partie de la solution, un bon manager qui arrive à voir que son équipe ne va pas bien peut aider et accompagner.</i>  <i>On est dans la détection alors ? oui dans la détection si ce n'est pas causé par un manager qui est épuisé. Sinon, c'est un cercle vicieux, manager maltraité par sa direction qui maltraite ses agents sans le vouloir... (évoque le cas d'un établissement où elle avait été en stage en tant qu'étudiante CDS)</i>
<b>Manager peut être une cause et une solution du SEP : détection</b>	

#### Analyse de la question n°5 :

Les six interviewés évoquent que leurs actions, leurs comportements en tant que manager peuvent avoir un impact sur leurs équipes. Celui-ci peut être positif quand le manager parvient à être suffisamment présent auprès de ses collaborateurs, à les connaître afin d'être capable de repérer, détecter des signes évocateurs de tensions, de malaises, prémices du SEP. La plupart des interviewés ont conscience que leur management peut également contribuer ou accentuer le risque de SEP, notamment en les sollicitant régulièrement pour résoudre les problèmes des plannings, liés aux sous-effectifs, à l'absentéisme.

Certains évoquent les conséquences de l'épuisement du CDS sur son management, qui ainsi peut être délétère pour son équipe.

Ainsi le manager peut être un élément favorisant du SEP dans le sens où il accentue les contraintes de travail, mais aussi une solution parce qu'il peut en détecter les signes.

Cependant aucun des interviewés n'a évoqué spontanément ce rôle de préventeur, des comportements, des actions managériales qu'il adopte pour prévenir, préserver les équipes.

<b>Q6 : En tant que cadre de santé, que pensez-vous pouvoir faire pour prévenir ou diminuer le SEP de vos équipes ?</b>	
CDS1	<i>Les temps d'échanges réguliers qui peuvent désamorcer des choses, et soulager, parler tout de suite d'un problème avant qu'il ne s'envenime ; être au plus près des équipes parce que pour pouvoir observer le non-verbal il faut être présent ; s'accorder du temps formel ou informel avec les équipes.</i>
<b>Temps d'échanges réguliers, être présent, au plus près des équipes, observation</b>	
CDS2	<i>Ça va passer par la communication, la bienveillance, à côté de tout ça faut aussi savoir être directif, mais on peut le faire avec bienveillance, on peut le faire avec accompagnement et on peut le faire en communiquant et en expliquant les choses. Je me demande aussi si l'épuisement professionnel, il y a aussi peut-être une part liée au sens qu'on met soi-même derrière le travail, et le sens qu'on nous donne. En dehors de la surcharge de travail, il y a le sens, l'accompagnement, la communication, le lien avec l'encadrement, le fait de pouvoir échanger que ce soit de manière formelle ou informelle qui peuvent participer à prévenir (...) ou au moins à pouvoir déceler en discutant avec la personne. Le processus interne de l'épuisement professionnel, le processus psychique propre à la personne, il sera difficile à déceler.</i>
<b>Temps d'échanges, bienveillance, que chacun donne du sens au travail</b>	
CDS3	<i>C'est d'avoir une équipe au complet ou d'avoir un service avec des RH en adéquation avec les lits ; des protocoles de services qui soient solides qui permettent aux équipes de ne pas dévier quant à la prise en charge. Montrer à son équipe qu'on peut adapter les ressources en fonction de la « lourdeur » du service, même si ce n'est pas toujours faisable, en tous cas essayer de montrer qu'on y est attentif. Le fait d'être présent dans le service, de connaître les patients, c'est important de pouvoir communiquer avec ses équipes, parce que si on ne voit les patients que comme une DMS/une entrée/une sortie, ça va être difficile de gérer une équipe et de la sensibiliser.</i>
<b>Bonne gestion des ressources humaines, être présent auprès des équipes, patient au centre de la prise en charge</b>	
CDS4	<i>Avoir du matériel, former les agents, avoir un planning logique et correct, une cohésion d'équipe parce que les tensions dans les équipes vont aussi jouer au niveau psychique. Pour la cohésion d'équipe, ce que je vais faire c'est de faire un petit point d'équipe, de tous les patients et que tout le monde ait les mêmes informations. Que chacun considère le travail de l'autre. Une bonne communication pluridisciplinaire.</i>
<b>Bonne gestion des ressources matérielles et humaines, créer cohésion d'équipe</b>	
CDS5	<i>J'essaie de les préserver, de ne pas les rappeler sur leur repos. D'être vraiment à l'écoute, (...) ils viennent me voir facilement. Je sors de l'équipe donc je les connais bien. Tous les matins je fais le tour de tous les secteurs pour dire bonjour. Je ferai intervenir (si besoin) la médecine du travail et la psychologue du travail. Je ferai remonter aussi à ma cadre sup, peut-être qu'elle a des astuces pour redynamiser l'équipe. En tant que faisant fonction, je n'ai pas suivi de formation, on fait un peu au feeling, donc peut-être qu'on fait bien mais peut-être qu'on fait mal aussi. C'est pour ça, détecter, à l'heure actuelle je dis qu'il n'y a pas de souci dans l'équipe mais on ne sait pas, peut-être que c'est possible.</i>
<b>Bonne connaissance, proximité et rapport de confiance avec l'équipe, Faire appel aux services ressources si besoin : santé au travail /psychologue</b>	



CDS6	<p><i>Essayer de créer un climat de confiance pour qu'ils (les agents) puissent arriver et pouvoir décharger, se confier, qu'ils se sentent à l'aise pour discuter quand ils ont un problème.</i></p> <p><i>Oui il faut de la rigueur mais je préfère qu'un soignant vienne me voir pour me dire qu'il ne va pas bien pour essayer de trouver des solutions, plutôt qu'il fasse une connerie.</i></p> <p><i>L'encadrement peut accompagner dans la résolution de problème.</i></p> <p><i>Pas de solutions magiques, de l'écoute, de l'accompagnement, mais j'essaie de faire au mieux.</i></p>
<b>Créer un climat de confiance, être à l'écoute, accompagner</b>	

#### Analyse de la question n°6 :

Les six CDS décrivent la confiance, l'écoute et l'accompagnement comme piliers de la prévention.

S'ils ont le fort sentiment qu'ils ne peuvent agir sur les contraintes réelles de la surcharge de travail, ils misent sur le fait de créer un climat sain dans la bienveillance et l'écoute.

Leur présence est alors primordiale et centrale et permet la cohésion d'équipe.

Cependant la charge de travail du CDS (gestion de plannings, mises à jour de procédures, rédaction de compte rendus, reporting...) lui permet-il cette proximité sur le terrain ?

Mathieu Detchessahar<sup>23</sup> explique la nécessité de « désempêcher les managers » et ainsi de redéfinir leurs missions, dans le but de leur dégager du temps, afin qu'il puisse se reconnecter à la réalité du travail, et ainsi être auprès de leurs équipes.

Il est un fait que ces dernières souffrent finalement plus d'une absence de management que de l'hyper présence du manager.

Désempêché, le manager peut alors investir ses rôles de soutien, d'accompagnement et d'animateur, en favorisant les temps d'échanges sur le terrain.

Cet auteur incite ainsi au management par la discussion, comme rempart à la triple crise du sens, de la reconnaissance et de l'autorité qui sont le nid de la souffrance au travail et finalement de l'épuisement professionnel (Detchessahar, 2013).

---

<sup>23</sup> M. Detchessahar, enseignant et chercheur français en sciences gestion et management.

<b>Q7 : Avez-vous le sentiment d'être vous-même épuisé professionnellement ?</b>	
CDS1	<i>Je pense que l'épuisement professionnel est un gros nuage qui est toujours présent. J'ai de la chance d'avoir une nature positive. Il faut se préserver, parce qu'il faut savoir dire non et faut savoir dire oui.</i>
<b>Consciente que le SEP est omniprésent +/-</b>	
CDS2	<i>Oui...oui...il y a des choses qui heurtent mes valeurs, une forme de frustration. On m'a reproché d'être dans une spirale négative, dans une forme de revendication quasi constante. J'essaie de réfléchir un peu plus avant de parler.</i>
<b>SEP présent, remarqué par l'entourage professionnel, prise de conscience</b>	
CDS3	<i>Actuellement moi non. Auparavant j'ai déjà ressenti une certaine forme d'épuisement. J'essaie d'être attentive à un starter, c'est s'écouter, rester en alerte. <u>Signes d'alerte évoqués</u> : troubles du sommeil, impression de mal gérer mon temps, si je me sens complètement dépassée. Au niveau de la communication, ma manière de répondre aux collègues, être sur mes réserves, moins solliciter mes collaborateurs, me renfermer sur moi.</i>
<b>Pas atteinte par SEP, évoque le fait de rester en alerte sur certains signes</b>	
CDS4	<i>Non pas encore ! C'est trop tôt (est arrivé il y a quelques semaines) Dans mon ancien poste, il y avait des fois où j'avais un petit ras-le-bol, mais à dire que j'étais épuisé, non.</i>
<b>Pas d'atteinte par SEP antérieurement ou actuellement</b>	
CDS5	<i>Non, moi ça va, non non pour l'instant !</i>
<b>Pas d'atteinte par SEP actuellement, consciente du risque</b>	
CDS6	<i>Par moments ouais... J'ai choisi de venir ici, j'adore ce que je fais, mais j'ai une équipe qui est maltraitante (une des 2 équipes IDE du service). Elle n'est pas tolérante. Ils le font sournoisement, avec des rumeurs, pas devant nous (les cadres). Le problème c'est que ça dure depuis des années dans ce service (avant l'arrivée des 2 CDS actuelles). On a alerté le dispositif anti-discrimination pour faire des actions concrètes mais voilà on attend... <u>Heureusement vous êtes 2 CDS ? C'est ça, ah bah à une seule c'est...tu te tires une balle...</u></i>
<b>SEP présent, prise de conscience, recherche de solution, se sent démunie</b>	

#### Analyse de la question n°7 :

Trois des six CDS interviewés expriment souffrir à différents degrés du syndrome d'épuisement professionnel.

S'ils en ont conscience, ils semblent impuissants face à une réalité du terrain écrasante et contraignante.

Ces trois CDS sont ceux qui ont la plus longue expérience professionnelle dans le rôle de manager. Ceux qui ont connu les difficultés de la crise COVID en tant qu'encadrant, et ceux qui ont aussi vu leurs équipes se réduire inexorablement ensuite.

J'ai ressenti chez ces trois CDS une certaine émotion au cours de l'entretien, mais aussi l'expression d'une certaine fatalité, comme s'ils étaient résignés.

Ils font avec les conditions actuelles, ils font de leur mieux, mais se sentent seuls et démunis sans solution pour aider leurs équipes.

Le CDS6 évoque tout de même une situation maltraitante d'une partie de son équipe vers les nouveaux collègues pour laquelle elle a fait appel à une instance de l'institution qui la laisse sans solution jusqu'alors.

Les trois autres CDS interrogés sont encore jeunes faisant fonction, ils ont encore suffisamment de recul, de motivation, pour ne pas se sentir atteints par le SEP.

Il est à noter que le CDS5 est issu de la filière médico technique et travaille en pharmacie. J'ai évoqué ce détail avec elle, et elle a conclu rapidement que les contraintes de travail sont nettement moindres pour le personnel de pharmacie (en poste de 8 à 17h, pas de week-end et de fériés), par rapport aux services de soins. Le fait d'être peu exposé au public (patients, familles...) les protège aussi d'une certaine façon, et de ce fait ses agents ne semblent pas en souffrir.

Ceci semble démontrer en partie l'effet compensatoire ou cumulatif des causes du syndrome d'épuisement professionnel ou des risques psychosociaux évoqués dans le cadre conceptuel.

<b>Q8 : Si oui, pensez-vous que cela impacte votre travail de manager ?</b>	
CDS1	<i>J'ai toujours l'épée de Damoclès en fait qui rôde. Si on est épuisé... ça ne donne pas de motivation, on a envie de se replier, on n'a pas envie de venir, pas envie de parler aux gens, on prend tout de travers, ça impacte émotionnellement.</i>
<b>SEP omniprésent qui risque d'impacter forcément le management</b>	
CDS2	<i>(Oubli de cette question à ce CDS, nous avons été interrompus plusieurs fois par le téléphone)</i>
/	
CDS3	<i>Oui complètement ! Tout influe, c'est sûrement ce qu'on transmet, ce qu'on est aussi et ce qu'on veut, et j'en suis persuadée.</i>
<b>L'état d'esprit du manager joue sur son attitude et donc sur son management</b>	
CDS4	<i>Oui complètement. Si on est épuisé... ça jouerait surtout sur ma communication, j'aurais un manque d'investissement, je ferais des trucs complètement à l'arrache.</i>
<b>L'état d'esprit du manager joue sur son attitude et donc sur son management</b>	
CDS5	<i>Evidemment, quand on est sous tension tout le temps, le moindre truc fait parti au quart de tour. On ne se s'investit pas de la même façon et même au niveau de l'équipe.</i>
<b>L'état d'esprit du manager joue sur son attitude et donc sur son management</b>	
CDS6	<i>Oui. Il y a des moments où c'est plus compliqué pour moi de faire la part des choses. J'essaie d'être là pour eux (l'équipe) mais il y a des moments où je suis pas du tout d'humeur. J'essaie de prendre beaucoup de recul, c'est ce que l'école m'a permis.</i>
<b>L'état d'esprit du manager joue sur son attitude et donc sur son management</b>	

#### Analyse de la question n°8 :

Les interviewés ont tous conscience que leur propre épuisement professionnel peut ou pourrait avoir un impact sur leur management.

Ils évoquent chacun des signes qui pourraient survenir ou qui sont déjà apparus, et qui modifient leur comportement vis-à-vis de leur travail (manque d'investissement) ou de leurs collaborateurs (communication inadaptée, irritabilité).

A l'évidence, au même titre que leurs agents, le SEP impacte le travail du CDS.

Cependant, s'ils semblent tous en avoir conscience au moment où je leur ai posé la question, on peut interroger la capacité de discernement du manager, qui serait déjà particulièrement symptomatique du burn out.

<b>Q9 : A titre personnel, comment pensez-vous pouvoir vous prémunir contre le SEP (ou l'atténuer) ?</b>	
CDS1	<i>J'essaie d'avoir un regard sur la situation, où on va, quel est l'important, quelle est la priorité, quel est l'urgent ? Je retire ma blouse et j'arrive chez moi tout est terminé. Je n'ai pas beaucoup de temps pour des activités perso, je m'occupe des enfants, on fait des activités manuelles, du jardinage, je bricole, ça vient comme ça et après je suis prise dedans, ça me permet de penser à rien.</i>
<b>Se poser et prendre du recul, faire des activités diverses en famille</b>	
CDS2	<i>J'ai du mal à couper (entre travail et maison) Je suis allé voir la psychologue du travail (par anticipation d'une situation qui s'annonçait difficile à gérer). Je suis plutôt du genre apathique, à me mettre dans le canapé devant la télé et prendre un verre pour décompresser. Pas d'activité où mon esprit se focalise sur autre chose.</i>
<b>Repos à la maison pour décompresser, recours à l'aide psychologique</b>	
CDS3	<i>Le temps de déconnexion (les soirées et WE). Se ressourcer, essayer de décompresser, d'avoir une activité à soi, je pense que c'est vital, pouvoir complètement penser à autre chose et se retrouver un petit peu.</i>
<b>Droit à la déconnexion, activité pour soi</b>	
CDS4	<i>Je me suis remis au sport. Je n'ai pas installé ma boîte mail pro sur mon téléphone. Ça permet une vraie coupure entre le personnel et le professionnel.</i>
<b>Droit à la déconnexion, sport</b>	
CDS5	<i>Break travail /maison (évoqué en Q2) Prendre du recul énormément sur les situations, les décisions prises au travail.</i>
<b>Droit à la déconnexion, prise de recul.</b>	
CDS6	<i>J'ai choisi de venir ici c'était pour privilégier ma vie de famille, du coup me ressourcer avec mes proches. Quand c'est compliqué, on en discute beaucoup avec mon mari.</i>
<b>Se ressourcer en famille, discussion pour évacuer les difficultés du travail</b>	

#### Analyse de la question n°9 :

Je me souviens que chacun des six CDS rencontrés ont eu du mal à répondre à cette question, comme s'ils ne la comprenaient pas. C'est finalement la prise de recul sur les situations et la coupure entre la vie professionnelle et la vie privée qui ont été exprimées largement. Ce besoin de se couper des contraintes, de la charge mentale imposée par leurs postes.

Ils ont été plusieurs à évoquer le droit à la déconnexion tout en précisant que celui-ci relève d'une volonté personnelle. Si leur boîte mail professionnelle est installée sur leur téléphone personnel, par commodité quand ils sont en poste, la tentation de la consulter quand ils sont de repos ou en congés existe et n'est pas forcément réprimée.

Deux des six CDS ont évoqué la prise de recul face à des contextes de travail, d'essayer de ne pas réagir spontanément, de peser le pour le contre dans chaque situation, pour en évaluer l'impact sur les autres et sur soi finalement.

Celle-ci fait appel des compétences comportementales dont font partie l'assertivité, l'intelligence émotionnelle et la bienveillance envers les autres et soi-même.

Aussi, la plupart se ressource auprès de leur famille, ou en s'épanouissant dans une activité personnelle qui leur permet de couper avec le travail.

<b>Q10 : Avez-vous spontanément autre chose à rajouter ?</b>	
CDS1	« Aujourd'hui n'est pas demain, demain n'est pas hier » Il faut vraiment avoir ce temps de recul, ce petit moment-là où on se dit : là qu'est-ce que je fais ? j'y vais, j'y vais pas ? j'arrête tout ? je ?...
<b>Temporiser avant d'agir en prenant du recul</b>	
CDS2	Est-ce que les gens ne s'écoutent pas un peu trop ? Je me demande dans quelle mesure une part de ce qu'on fait passer dans le champ de l'épuisement professionnel ne serait pas aussi lié finalement à la manière dont l'individu, et finalement plutôt la société, visualise le travail.  Les outils ont changé, avant il y a 30 ans il n'y avait pas internet, les mails, les portables, donc on n'était pas dérangé, donc tout ça a un impact probablement.  Je me demande aussi dans quelle mesure le simple fait du changement de la société vis-à-vis du travail, dans le rapport au travail, peut-être que ça majore le ressenti d'une situation. (...) ce rapport qui fait qu'on surinterprète ou qu'on surréagit dans une certaine mesure.  Et en plus : le système de santé qui ne va pas bien, la personnalité des directeurs, la charge de travail...
<b>Questionne le rapport au travail qu'a l'individu, évoque les conséquences des outils modernes de communication</b>	
CDS3	C'est quelque chose dont il faut qu'on parle de plus en plus, ça serait important d'avoir une formation, d'en parler, de trouver des temps avec la DSI, entre cadres pour parler de nos équipes.  Je pense que c'est vraiment notre rôle de l'accueil de l'agent de pouvoir détecter justement ces signes-là et on n'est pas encore assez opérationnel je pense face à ça.  C'est aussi parce que quand on est au bout du bout, qu'on est dans nos services et qu'il faut pouvoir sortir un peu la tête hors de l'eau, c'est très compliqué. Il faut se préserver, si on n'arrive pas à préserver ses équipes ça veut dire qu'on n'arrive pas à se préserver soi-même.
<b>Réalise l'importance du sujet et sa complexité, exprime le nécessité de se préserver soi en tant que manager pour pouvoir préserver ses équipes</b>	
CDS4	Je pense que se former, pas forcément que les cadres mais même les paramédicaux et les médecins, ça peut être que bénéfique, parce que l'épuisement professionnel c'est quand même quelque chose d'assez insidieux. Ça arrive, les gens ne s'en rendent pas forcément compte. Je pense que c'est important de pouvoir s'en rendre compte, pour pouvoir les aider, parce qu'après on arrive dans des situations où les gens sont en arrêt longue durée, ils ne peuvent pas reprendre d'activité, ça peut détruire une personne.
<b>Importance de former toutes les catégories professionnelles = prévention primaire Car conséquences du SEP beaucoup plus compliquées à gérer</b>	
CDS5	Je le vois (le SEP) beaucoup dans les cadres qui sont dans les services de soins et je le vois moins dans les services médico-techniques.
<b>CDS en service médico-technique moins exposés aux risques de SEP ?</b>	
CDS6	Je pense que dans n'importe quel service, n'importe où, on est tous sur le même constat, c'est comment on fait pour garder nos soignants, pour les accompagner au mieux et pas les casser encore plus.
<b>S'interroge au sens large sur le comment préserver ses équipes ?</b>	

### Analyse de la question n°10 :

Dans la mesure où cette question est ouverte et que les réponses sont variées, je propose ici de les explorer une à une.

**CDS1** semble évoquer la prise de recul nécessaire avant d'agir. Elle exprime en avoir fait un mode de fonctionnement qui lui permet d'évaluer le « risque » encouru à agir, dans le but de se prémunir, économiser son énergie.

**CDS2** évoque clairement les inconvénients des outils modernes de communication qui n'existaient encore pas il y a une trentaine d'année, avançant ici le droit à la déconnexion ? Il interroge pendant l'entretien le rapport des individus au travail. Le fait que la société puisse faire passer des situations dans le champ de l'épuisement professionnel là où il y a encore quelques années la plainte n'existait ?

Les conditions de travail se sont-elles ainsi vraiment tant dégradées ces dernières années ? Le ressenti est-il majoré en partie par l'expression de la génération Y qui n'a pas les mêmes aspirations au travail que les générations précédentes ?

CDS2 parle pourtant du « *système de santé qui ne va pas bien* ». Ainsi il semble lui aussi assez démuni face à ce quotidien hospitalier sous tension pour lequel il dit ne pas avoir de réponse.

**CDS3** semble réaliser que le sujet est plus profond et complexe qu'elle ne le pensait. Elle exprime la nécessité de se former afin de se préserver et pouvoir jouer son rôle de préventeur auprès de ses équipes.

**CDS4** rejoint l'avis du CDS précédent sur la nécessité de former mais ajoute que toutes les catégories de personnel devraient l'être. Il évoque ainsi la prévention primaire, indispensable pour ne pas sombrer dans le burnout terminal duquel il est compliqué de revenir.

**CDS5** exprime simplement le fait qu'elle constate que les CDS en unités d'hospitalisations semblent beaucoup plus exposés qu'elle-même en pharmacie.

**CDS6** s'interroge elle sur le « *comment préserver les équipes déjà fatiguées ?* ». Elle semble elle aussi fatiguée, démunie comme CDS2 face à l'ampleur du phénomène.

#### **Synthèse du thème « Le management et le syndrome d'épuisement professionnel »**

Les CDS interviewés sont tous d'accord sur le fait qu'ils ont un rôle à jouer auprès de leurs équipes pour prévenir, accompagner le syndrome d'épuisement professionnel.

Ils conviennent sans difficulté qu'ils peuvent en être une des causes notamment s'ils en sont atteints eux-mêmes (manque d'investissement, altération de la communication et de l'humeur).

Cependant j'ai été étonnée qu'aucun n'évoque des solutions plus globales, relevant des collectifs institutionnels. CDS6 a parlé du dispositif anti-discrimination de son établissement qui n'a pas été capable d'affronter l'équipe, ni d'apporter de solutions à une situation préoccupante dans le service où elle exerce. Elle n'a même pas pensé à évoquer spontanément le soutien que son binôme cadre pourrait apporter à leur travail commun auprès de cette équipe en souffrance. Sa réponse à ma relance « heureusement finalement que vous êtes 2 CDS... », est lourde de sens par les mots qu'elle a employés « *C'est ça, ah bah à une seule c'est...tu te tires une balle...* ». Force est de constater le désarroi dans lequel elle se trouve tout de même.

Dans l'ensemble, mon ressenti est que les CDS se sentent isolés dans leurs unités. Deux d'entre eux ont évoqué le « recours » aux échanges avec leur cadre supérieur, mais aucun n'a exprimé le sentiment d'appartenance à un collectif qui pourtant pourrait être un début de solution face au syndrome d'épuisement professionnel qui nous concerne tous, comme nous l'avons déjà évoqué, dans la nécessité d'une démarche collective de QVCT.

## 6 La confrontation des résultats avec les hypothèses et la question de recherche

Je vais maintenant revenir à mes hypothèses et à la question de recherche posées en amont de ce travail, et qui pour rappel, étaient les suivantes :

**Les hypothèses : le CDS peut être en difficulté pour prévenir, détecter et accompagner le syndrome d'épuisement professionnel de son équipe,**

- N°1 : parce qu'il est lui-même soumis aux RPS (pressions, surcharge de travail : gestion RH difficile, réunions, reporting...), ce qui induit une moindre présence dans son unité auprès de ses agents,
- N°2 : parce qu'il ne connaît pas suffisamment le SEP pour assurer au mieux son rôle de préventeur

**La question de recherche : Le cadre de santé est-il suffisamment « armé » pour prévenir, détecter et accompagner le syndrome d'épuisement professionnel de ses équipes ?**

Au regard des apports du cadre de référence et de l'analyse des entretiens de recherche, l'hypothèse n°2, liée à un manque de connaissances du SEP, est confirmée.

En effet, les CDS rencontrés ont quelques éléments de réponses sur les causes, les signes du SEP mais n'ont pas une vision suffisamment globale pour être compétent sur la prévention, la détection, l'accompagnement de celui-ci. Ils expriment d'ailleurs le souhait et le bénéfice à y être tous formés.

Concernant l'hypothèse n°1, je réalise que je l'avais particulièrement mal formulée. Elle est confuse, et il est alors complexe de répondre à « qu'est-ce qui induit une moindre présence du CDS dans son unité auprès de son équipe ? ». On peut comprendre que c'est le fait que :

- Le CDS soit soumis lui-même aux RPS (pressions et surcharge de travail), ce qui peut avoir en conséquence une souffrance, un repli sur soi, et finalement induire une moindre présence auprès de ses équipes.

Mais on peut aussi comprendre que :

- Les RPS cités (notamment la surcharge de travail) induisent une moindre présence du CDS sur le terrain.

De plus je n'ai pas construit de questions « directives » ou fermées qui permettent de répondre à l'un ou l'autre des sens sous-entendus dans l'hypothèse n°1.

Les questions 5 à 9, permettent aux CDS interviewés d'exprimer leurs avis, leurs ressentis vis-à-vis du management confronté au SEP.

Tous ont évoqué comme moyen de prévention la proximité, les échanges dans la bienveillance avec leurs équipes, et la nécessité de créer un climat de confiance.

Cependant, même si seulement 50% d'entre eux disent souffrir d'épuisement professionnel, tous admettent que celui-ci pourrait impacter leur management du fait des changements de comportement ou de communication qu'il pourrait induire auprès de leurs collaborateurs.

Ainsi, mes questions n'ont pas permis d'explorer clairement le lien qui pourrait exister entre le fait d'être surexposé aux RPS donc au SEP, et celui d'être moins présent sur le terrain.

Je ne peux alors pas me permettre d'infirmer ou de confirmer mon hypothèse n°1 si je la considère dans sa globalité.

Si je me permets de la corriger en tronquant sa seconde partie, comme suit :

**Le CDS peut être en difficulté pour prévenir, détecter et accompagner le syndrome d'épuisement professionnel de son équipe, parce qu'il est lui-même soumis aux RPS.**

Alors que je peux confirmer l'hypothèse. En effet, comme nous l'avons vu précédemment dans la description du SEP, les trois dimensions qui le caractérisent sont pour rappel : épuisement émotionnel, dépersonnalisation et diminution du sentiment d'accomplissement personnel, qui conduisent à des troubles variés de l'humeur, de comportement, et toujours associés à des troubles psychosomatiques eux aussi très divers.

Ainsi, si le CDS est atteint lui-même du burnout, il peut alors avoir des comportements inadaptés qui risquent de dégrader le climat de travail et ses rapports aux autres, le mettant alors en difficulté dans ce rôle de préventeur qu'on lui alloue.

Pour en revenir à la question de recherche, et au regard des deux hypothèses validées, elle est infirmée.

**Le CDS n'est donc pas suffisamment « armé » pour assurer la prévention, la détection, l'accompagnement du syndrome d'épuisement professionnel de son équipe.**



## 7 Les choix et les limites de ce travail

### 7.1 Les choix

Tout au long de ce travail, j'ai utilisé tour à tour les termes syndrome d'épuisement professionnel ou burnout, mais privilégiant tout de même le premier. S'ils sont en effet des synonymes, j'avais remarqué durant les ateliers préparatoires au mémoire à l'IFCS, qu'il y avait une confusion sur les termes parmi certains collègues, alors que nous sommes tous issus de la filière infirmière. En effet, le burnout est considéré par beaucoup comme la conséquence ultime au SEP. Afin d'éviter cette confusion, j'ai préféré ne pas utiliser le terme burnout dans mes entretiens et ainsi je pensais ouvrir à un champ plus large, les réponses des cadres de santé rencontrés.

Dans ma question de recherche, j'ai employé le mot « armé ». C'est d'ailleurs spontanément que cet adjectif s'est imposé. Au cours d'un atelier de suivi, mes collègues de promotion ont pointé ce choix. J'ai effectivement hésité au moment d'écrire cette question, j'aurais pu choisir « compétent » ou « équipé » mais ces mots résonnaient moins en moi.

Face à une telle épidémie silencieuse, insidieuse, « armé » me semblait plus adapté, car c'est bien un combat de longue durée qui nous attend dans nos exercices de futurs cadres de santé. Tant que les conditions de travail dégradées qui s'imposent à nous existeront, nous devons être vigilants sur la santé, le bien-être au travail de nos équipes.

### 7.2 Les limites

Le choix du thème de l'épuisement professionnel me tenait particulièrement à cœur pour ce travail d'initiation à la recherche. Cela étant, je savais dès le début qu'il toucherait la sphère émotionnelle, celle des professionnels interviewés, comme la mienne.

Ainsi, j'ai été un peu en difficultés pour formuler la question de recherche, les hypothèses et finalement les questions d'entretien. Je voulais qu'elles ne soient ni trop fermées, ni trop ouvertes ou encore personnelles afin d'éviter de mettre en difficulté les interviewés face à la charge émotionnelle qu'elles auraient pu représenter pour eux. J'ai par ailleurs ressenti chez plusieurs des professionnels, le trouble ou l'émotion, que nos échanges suscitaient sur l'instant.

Je craignais aussi que les questions sur les connaissances du SEP soient ressenties par les CDS comme un jugement de ma part sur leurs éventuelles lacunes.

C'est pourquoi je commençais l'entretien en expliquant qu'il n'y avait ni bonne, ni mauvaise réponse et que je cherchais simplement à recueillir leur avis sur le sujet.

La notion de temps a été très présente tout au long de ce travail, celle-ci s'étant avérée une contrainte. Cette année d'études est particulièrement chargée, les cours, les stages et les examens s'enchaînant. Pourtant préparée à cette réalité, j'ai été obligée de faire des choix, et ainsi laisser de côté certaines pistes du sujet que j'aurais pourtant voulu approfondir.

Ainsi, j'ai le sentiment de ne pas avoir réalisé un mémoire aussi abouti que je l'avais imaginé.

D'ailleurs, cette temporalité ne permet pas un travail très représentatif puisque ma recherche ne repose que sur un échantillon très restreint de six professionnels, ce qui ne permet pas d'en déduire une généralité.

Le travail d'exploitation et d'analyse des entretiens m'a permis de réaliser à quel point le travail en amont de la question de recherche, aux hypothèses et aux questions est important et doit être bien réfléchi, au risque de mettre en difficulté sur la dernière phase. Ce qui a été mon cas avec la mauvaise formulation d'hypothèse.

Je retiens aussi l'importance de ne pas trop dériver du guide lors d'un entretien, car l'exploitation des réponses s'en trouve alors complexifiée.

## Conclusion

Ce travail d'initiation à la recherche proposé au cours de cette année à l'IFCS a été source d'enrichissement personnel et professionnel malgré les doutes et frustrations qu'il a pu suscité.

S'il se termine ici, il m'a ouvert bien des portes que je continuerai à explorer, ne serait-ce qu'en prenant maintenant le temps de lire quelques-unes des nombreuses références qu'il m'aura apporté aux cours de mes recherches sur les concepts.

Alors que mon contexte d'émergence exposait la difficulté dans laquelle j'avais pu être, les apports théoriques variés m'ouvrent la voie vers les moyens pour me préserver des risques psychosociaux et finalement du burnout.

Cette parenthèse étudiante m'aura permis de prendre du recul, ou plutôt de faire un pas de côté par rapport aux situations sources de stress, d'incompréhensions qui envahissaient alors mon quotidien professionnel et finalement personnel aussi.

J'ai ainsi découvert le care, approfondi la notion de bienveillance, pour ensuite découvrir qu'ils sont de puissants leviers de la prévention du syndrome d'épuisement professionnel.

Alors que faisant fonction, je gérais essentiellement à l'instinct sans avoir eu les enseignements de la « boîte à outils du manager », je me rends compte que je pratiquais déjà le care management. Mais j'en oubliais un élément primordial : prendre soin de soi avant et afin de pouvoir prendre soin des autres.

C'est en ce sens et également en mobilisant son intelligence émotionnelle que le manager pourra accompagner l'épuisement professionnel de ses équipes.

A ce stade de mon travail, je m'interroge sur la place du collectif encadrant dans la démarche de prévention du SEP et plus largement sur les RPS, puisque nous l'avons vu elle dépend de plans d'actions qui devraient être portés par les établissements.

Ainsi favoriser les collectifs pour faire front dans ce système de santé malade sur lequel on ne peut guère agir, ne serait-ce pas faire appel à l'intelligence collective pour coconstruire des idées, être créatifs, innovants afin d'atténuer l'impact des facteurs de risques qui conduisent au burnout ?

Avant d'achever ce travail, je tiens à évoquer l'enquête menée par le comité éthique de la FHF dont j'ai eu connaissance il y a peu dans un article Hospimedia. Je vous invite à le lire en annexe 9, il résume les résultats ainsi que des préconisations émises en février 2023 « comment prendre soin des professionnels de santé ? ». Les chiffres parlent d'eux-mêmes et en disent long sur le malaise grandissant chez les soignants.

Alors que j'écris ces dernières lignes qui ponctueront la partie écrite de ce mémoire, je réalise avec une joie certaine le chemin parcouru en seulement quelques mois.

Je finirai par une citation de Peter Drucker<sup>24</sup> qui me semble bien résumer le management bienveillant et le care :

*« Si chaque collaborateur connaît le sens et l'utilité de sa mission, se voit fixer des objectifs ambitieux mais réalistes, dispose d'un juste niveau d'autonomie, bénéficie de retours positifs sur son travail, ne se sent pas méprisé, n'a pas le sentiment que son manager n'éprouve aucune empathie à son égard et perçoit que l'on se comporte de manière équitable à son égard, alors tout devient possible... Le stress s'apaise, la motivation se renforce, l'envie de s'engager renaît, le bonheur est alors à portée de la main ».*

---

<sup>24</sup> P. Drucker (1909-2005), universitaire américain d'origine autrichienne, spécialiste du management et fondateur en 1946 du management dit « moderne » où il imposa ses idées de décentralisation et de direction par objectifs.

## Bibliographie

- Académie Nationale de Médecine. (2016). *Le burn out*. Paris: Bulletin Académie Nationale de Médecine.
- André, C. (2018). Méditation, médecine et neurosciences. *Études*, , 49-60. *Études*, pp. 49-30.
- Beque, M. (2014, avril). Les Risques Psychosociaux au travail. Un panorama d'après une enquête SIP 2010. *DARES Analyses*(031).
- Chapelle, F., Acker, A., Bonzom, D., Callahan , S., Légeron, P., & Liberi, Y. (2018). *Risques psychosociaux et Qualité de Vie au Travail en 36 notions*. Dunod.
- Clot, Y. (2015). *Le travail à coeur: Pour en finir avec les risques psychosociaux*. La Découverte.
- Dejours, C. (2016). *Situations de travail*. Presses Universitaires de France.
- Detchessahar, M. (2013, 1). Faire face aux risques psycho-sociaux : quelques éléments d'un management par la discussion. *Négociations, De Boeck Supérieur*, pp. 57-80.
- Dr Rodet, P., & Desjacques, Y. (2019). *Le management bienveillant*. Paris: Eyrolles.
- Fuhrer, C., Moisson-Duthoit, V., & Cucchi, A. (2011, 01). Quand l'environnement relationnel contribue à la compréhension du burn out. *Management et avenir n°11*, pp. 194-215.
- Gollac, M., & al. (2011). "Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser". Rapport du collège d'expertise sur le suivi des RPS au travail réuni à la demande du ministre du Travail et des Affaires sociales, Paris.
- Journoud, S., & Pezé, S. (2012). La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie? *La Revue des Sciences de Gestion*(n°253), pp. 51-59.
- Khiredine, A., Lemaître, A., Homère, J., Plaine, J., Garras, L., Riol, M., . . . Groupe MCP 2012. (2015). *La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés en France entre 2017 et 2012*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire.
- Maslach, C., & Leiter, M. (2011). *Burn Out. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris: Les Arenes Eds.
- Mintzberg, H. (2021). *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*. Paris: Eyrolles/ Ed. d'organisation.
- Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*.
- Pezé, M. (2022). *Prévenir et soigner le burn-out pour les Nuls*. Paris: First.
- Picart, L., Jaussaud, J., & Amann, B. (2019, 05). Au coeur des risques psychosociaux: facteurs organisationnels déterminants du burn out des managers. (Iseor, Éd.) *Recherches en sciences et gestion n°134*, pp. 259-281.
- Pr Houppé, J. (2019). *Le coeur du bonheur*. Dunod.
- Ruiz, D. (1999). *Les quatre accords toltèques*. Editions Jouvence.
- Sainsaulieu, I. (2004). *Le malaise des soignants, le travail sous pression à l'hôpital*. Paris: L'Harmattan.
- Veil, C. (1959). *Les états d'épuisement*. Paris: Le Concours Médical.

## Webographie

<https://www.anact.fr/themes/risques-psychosociaux>

<https://www.anfh.fr/les-offres-de-formation>

<https://www.ars.sante.fr/la-qualite-de-vie-au-travail-des-professionnels-de-sante>

<https://www.fhf.fr/expertises/offres-de-soins/ethique/avis-comment-prendre-soin-des-professionnels-de-sante>

[https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974265/fr/burnout-reperage-et-prise-en-charge)

<https://www.inrs.fr/risques/psychosociaux/ce-qu-il-faut-retenir.html>

<https://managersante.com/>

<https://vaincreleburnout.fr/>



## **Annexes**

**Annexe 1 : test MBI**

**Annexe 2 : guide d'entretien de recherche**

**Annexe 3 : retranscription entretien CDS1**

**Annexe 4 : retranscription entretien CDS2**

**Annexe 5 : retranscription entretien CDS3**

**Annexe 6 : retranscription entretien CDS4**

**Annexe 7 : retranscription entretien CDS5**

**Annexe 8 : retranscription entretien CDS6**

**Annexe 9 : article Hospimédia, le comité éthique de la FHF formule des préconisations pour prendre soin des hospitaliers.**

## Annexe 1 : Maslach Burnout Inventory

Item	Fréquence
1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail	0 1 2 3 4 5 6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0 1 2 3 4 5 6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0 1 2 3 4 5 6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts	0 1 2 3 4 5 6
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
8. Je sens que je craque à cause de mon travail	0 1 2 3 4 5 6
9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens	0 1 2 3 4 5 6
10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail	0 1 2 3 4 5 6
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0 1 2 3 4 5 6
12. Je me sens plein(e) d'énergie	0 1 2 3 4 5 6
13. Je me sens frustré(e) par mon travail	0 1 2 3 4 5 6
14. Je sens que je travaille « trop dur » dans mon travail	0 1 2 3 4 5 6
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop	0 1 2 3 4 5 6
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades	0 1 2 3 4 5 6
18. Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail, j'ai été proche de mes malades	0 1 2 3 4 5 6
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail	0 1 2 3 4 5 6
20. Je me sens au bout du rouleau	0 1 2 3 4 5 6
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0 1 2 3 4 5 6
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsable de certains de leurs problèmes	0 1 2 3 4 5 6

### Pour le remplir :

0 : Jamais

1 : Quelques fois par année au moins

2 : Une fois par mois au moins

3 : Quelques fois par mois

4 : Une fois par semaine

5 : Quelques fois par semaine

6 : Chaque jour

### Répartition des 22 questions :

- **Epuisement émotionnel** : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Degré de burn-out : Total inférieur à 17 : bas ; entre 18 et 29 : modéré ; supérieur à 30 : élevé

- **Dépersonnalisation** : questions 5, 10, 11, 15, 22

Degré de burn-out : Total inférieur à 5 : bas ; entre 6 et 11 : modéré ; supérieur à 12 : élevé

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

Degré de burn-out : Total supérieur à 40 : bas ; entre 34 et 39 : modéré ; inférieur à 36 : élevé

## Annexe 2 : Guide entretien de recherche



### Guide entretien de recherche

Bonjour, je suis étudiante cadre de santé à l'IFCS ESM-UPEC. Dans le cadre de mon mémoire, j'effectue une recherche sur l'épuisement professionnel en milieu hospitalier. C'est pour cela que je souhaite échanger avec vous de manière confidentielle et anonyme. Ceci n'est pas un audit, ni une évaluation. Ce qui m'intéresse, c'est votre point de vue. Il n'y a aucune mauvaise réponse. Pour faciliter mon analyse et sa retranscription, j'aurais besoin de vous enregistrer. En revanche, il n'y aura pas de compte rendu individuel d'entretien. Cet entretien durera environ 30min.

#### **Votre parcours :**

Pour commencer, pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel ?

#### **Le syndrome d'épuisement professionnel :**

Q1 : D'une façon générale, que pensez-vous du SEP ? Comment le définissez-vous ?

Q2 : Quelle(s) en est / sont la /les cause(s) ?

Q3 : Sauriez-vous en décrire les signes ? les détecter chez vos agents, vos collègues ?

Q4 : Avez-vous reçu une formation concernant le SEP ou plus largement sur les RPS ?

Si oui : quand ? dans quel contexte ?

Si non : aimeriez-vous y être formée ?

Oui ou non : pourquoi ?

#### **Le management et le SEP :**

Q5 : Selon vous, le management joue-t-il un rôle dans le SEP ?

Si oui : pouvez-vous préciser comment ? à quel(s) niveau(x) ?

Si non : pouvez-vous me préciser pourquoi ?

Q6 : En tant que cadre de santé, que pensez-vous pouvoir faire pour prévenir ou diminuer le SEP de vos équipes ?

Q7 : Avez-vous le sentiment d'être vous-même épuisé professionnellement ?

Q8 : Si oui, pensez-vous que cela impacte votre travail de manager ?

Q9 : A titre personnel, comment pensez-vous pouvoir vous prémunir contre le SEP (ou l'atténuer) ?

Q10 : Avez-vous spontanément autre chose à rajouter ?

*Je vous remercie beaucoup pour le temps que vous m'avez accordé.*

Age :            Sexe :

## Annexe n°3 : retranscription entretien CDS1

FH : Avant de commencer, je te rappelle que l'entretien est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription.

CDS1 : ouais ok, pas de souci.

**FH-Ppro:** pour commencer, pouvez-vous me résumer votre parcours professionnel ?

CDS1 : alors moi à la base, je pars de tout le début là ?

FH : oui, oui

CDS1 : alors à la base euh j'ai fait des études de prothésiste dentaire puis après je suis passée assistante dentaire pour pouvoir avoir une équivalence au bac parce qu'au début je voulais faire médecine dentaire, et puis du coup ça ne m'a pas plu du tout quand j'ai été auprès d'un dentiste donc je me suis plus, enfin j'ai découvert les soins finalement. Et donc j'ai voulu postuler l'école d'infirmière, mais le directeur du CIO me dit que je ne peux pas y accéder avec mon DE d'assistante dentaire alors que ce n'était pas vrai, donc j'ai travaillé en intérim pendant 4 ans finalement j'ai un copain qui m'a dit non et il se trompe le garçon, bref je passe le concours je l'ai je fais mes études à Mondor, je suis diplômée en 2007 je prends un poste en réanimation de nuit, en réanimation digestive à Mondor, le poste de nuit est un choix car je pense que ça aide pour la prise de confiance, et puis après j'ai acheté une maison à Villeneuve et du coup je me suis rapprochée de Villeneuve. Il y avait pas de place en réa donc du coup ils m'ont dit il y a une place aux urgences, vous avez le profil, ouais ok mais ce sera dans 6 mois, mais moi je voulais travailler tout de suite donc j'ai fait 8 mois aux Vignes parce que je connaissais pas et que enfin il y a plein de choses au niveau des lois tout ça le enfin le rapport avec le résident tout ça pas c'est particulier donc du coup j'ai fait et puis après j'ai fini 10 ans euh aux urgences pour bon après je me suis insérée dans plein de trucs aux urgences et puis j'ai pris un poste de faisant fonction de cadre aux SSR pendant 3 ans, puis maintenant au service de suppléance et compensation depuis juin.

FH : alors la première partie c'est plus vraiment sur le syndrome d'épuisement professionnel par lui-même.

**FH-Q1 :** première question, d'une façon générale qu'est-ce que tu penses du syndrome d'épuisement professionnel ?

CDS1 : qu'est-ce que ...qu'est-ce que j'en pense, qu'est-ce que c'est ou qu'est-ce que je fais pour et qu'est-ce que... ?

FH : comment tu le définis ?

CDS1 : comment je le définis...euh, je le définis...comme une avalanche, une avalanche émotionnelle qui qui est lourd et qui est lourd à porter quoi finalement euh et qui impacte et qui impacte sur la santé, les connexions mentales, la famille et puis l'efficacité au travail, et puis et puis surtout la santé mentale hein.

**FH-Q2 :** quelles en sont les causes selon toi ?

CDS1 : alors euh il y a plein de choses il y a a...euh... la charge de travail, y'a la charge mentale dues à la charge de travail, aux hyper-sollicitations, aux jugements multiples et divers, euh...au souci de bien faire, euh...quoi d'autres...euh...je crois c'est tout ce qui me vient à l'esprit là.

**FH-Q3 :** est-ce que tu saurais m'en décrire les signes ? puis savoir si tu sais les détecter chez toi-même, chez tes agents ou chez tes collègues ?

CDS1 : alors la fatigue, l'irritabilité, l'incompréhension, la lenteur, ralentissement psychomoteur, euh...comment dire...les réactions face aux situations, les sautes d'humeur,



### **Annexe n°3 : retranscription entretien CDS1**

euh...le retrait, euh... qu'est ce qui peut y avoir d'autres... l'agressivité...ouais enfin, oui le retrait, le repli sur soi...euh...la perte d'efficacité au travail, voilà.

**FH-Q3R1** : donc là si ces signes-là tu les repères chez des agents, chez des collègues ça t'interpelle ?

CDS1 : Ah bah oui, ben oui oui. Il faut essayer de voir discrètement ce qui se passe, si c'est effectivement de l'épuisement professionnel ou si c'est lié à une situation personnelle qui impacte quoi...

**FH-Q4** : est-ce que tu as reçu une formation spécifique sur les RPS, les risques psychosociaux, et sur le syndrome d'épuisement ?

CDS1 : euh... je n'ai pas eu... j'ai pas eu parce que je m'étais positionnée et ça a été annulé, j'ai pas eu pour l'instant.

FH : c'était laquelle, la gestion du stress ?

CDS1 : je sais plus c'était l'année dernière... euh, non non c'était euh ouais, savoir détecter les risques psychosociaux.

FH : t'as pas eu mais t'aurais dû car t'étais inscrite, donc c'est juste partie remise

CDS1 : oui oui c'est ça.

**FH-Q5** : là maintenant, c'est plus sur le management et le SEP. Selon toi, est-ce que le management joue un rôle dans le syndrome d'épuisement professionnel ?

CDS1 : bah bien sûr, complètement...

FH : alors précise...

CDS1 : euh, alors... alors quelqu'un qui est déjà fragilisé en termes de demandes de rendement, si on peut dire, d'exécution des tâches, si en fait le manager il...euh comment dire...comment expliquer ça ?... si s'il est pas à l'écoute et s'il voit pas les choses il ne fait qu'aggraver les choses finalement donc il fait, il faut qu'il...qu'il adapte en fait ses réponses en fonction des personnes et qu'il écoute les réactions pour pouvoir détecter s'il y a un souci ou pas et, essayer de visualiser en fait la charge de travail pour demander le réalisable à ses collaborateurs, et pas le l'irréalisable, voilà.

**FH-Q5-R1** : à quels niveaux tu penses du coup que ça se joue ? c'est juste, tu parles de l'observation de tes collaborateurs, mais... ?

CDS1 : observation oui, bah le non verbal déjà, le verbal enfin...euh, les réactions des gens, et puis... évaluer régulièrement la charge de travail pour voir s'il y a besoin de d'aider ou de changer, ou enfin demander des renforts ou la répartition de tâches, promouvoir l'entraide, je ne sais pas...

**FH-Q6** : ça répond en partie à ma question suivante...que penses-tu pouvoir faire pour prévenir ou diminuer le syndrome d'épuisement de tes équipes ?

CDS1 : Ah bah alors déjà, euh... les temps d'échanges réguliers, qui peut-être peuvent désamorcer des choses, et soulager, enfin...parler tout de suite d'un problème avant qu'il ne s'envenime finalement, et voilà donc il y a ça, et y a être au plus près des équipes, parce que pour pouvoir observer le non-verbal il faut être présent, voilà...euh et puis ça s'accorder du temps formel ou informel avec les équipes.

**FH-Q7** : question un peu plus personnelle, est-ce que tu as le sentiment d'être toi-même épuisé professionnellement ?

### Annexe n°3 : retranscription entretien CDS1

CDS1 : alors... je pense que l'épuisement professionnel est un gros nuage qui est toujours présent, voilà. Après... j'ai une... j'ai une, enfin, j'ai la chance d'avoir la nature assez positive, et que ma devise est « aujourd'hui n'est pas demain et demain n'est pas hier », ce qui en dit long finalement, voilà. Mais oui il faut, oui il faut se préserver parce qu'il faut savoir dire non et faut savoir dire oui (*rires nerveux*) ...voilà voilà

(*Attitude non verbale, fuis un peu le regard, yeux qui s'embrument*)

**FH-Q8** : est-ce que du coup tu penses que ça impacte ton travail d'une certaine façon ? et comment tu penses que ça l'impacte ?

CDS1 : c'est-à-dire... ?

FH : le syndrome d'épuisement, comment toi t'as l'impression que ça impacte ton travail, même si tu exprimes ton côté positif...

CDS1 : Euh ben, ouais mais j'ai toujours j'ai... j'ai toujours l'épée Damoclès en fait qui... qui rôde quoi, et en fait on veut...euh... alors dans le cas de figure où si j'étais épuisée professionnellement (soupirs)...euh... alors oui, et ben ça ne donne pas envie d'y aller, ça donne pas de...ça donne pas de motivation quoi, et du coup on a envie de se replier. Parce que ça m'est arrivé... enfin on ne peut pas vraiment dire parce que je me... je me reprends vite quand même, mais y a des moments il y a des phases où il y a plein de choses qui tombent en même temps et du coup ça impacte émotionnellement, et c'est lourd en fait on n'a pas envie de venir, on n'a pas envie de parler aux gens, on prend tout de travers, et ouais non c'est... ce n'est pas simple...

**FH-Q9** : et du coup à titre personnel, comment ce que tu te prémunis de tout ça ? Tu as tes petits tips pour essayer justement de te préserver de toutes ces causes, d'essayer de pas y aller dedans, ou complètement dedans ?

CDS1 : ok, quel est le bénéfice ? ! voilà...quel est... enfin... j'essaie d'avoir un regard sur la situation, qu'elle est le bénéfice de... d'y aller de rentrer, dans le tas, voilà... ou du coup, il faut...il faut se reprendre et rester sobre sur la situation, c'est à dire « attends, est-ce que là... est-ce que ça va me grignoter ? » enfin si je peux parler comme ça voilà...il faut avoir, enfin à mon sens, y'a un moment où il y a des petits, ouais il y a des petits trucs qui te disent « Ohlala, attends ça va trop vite, il y a trop de trucs, je suis débordée... qu'est-ce que je fais là ? » voilà...c'est le...avoir un temps pour dire « qu'est-ce que je fais »...

FH : d'accord j'ai compris, c'est se poser et prendre un peu de recul ? prendre quelques minutes pour peser le pour et le contre ?

CDS1 : c'est exactement ça. Où on va, quel est l'important, quelle est la priorité quel est le plus urgent.

**FH-Q9R1** : d'accord. Mais du coup, ça c'est plus en terme d'action professionnelle, on va dire, mais à titre personnel, est-ce que t'as des choses que tu investis pour essayer justement de te détacher, d'avoir ce break entre le temps professionnel et le temps personnel, ou des... est-ce que tu pratiques des choses qui font que... ? tout à l'heure tu parlais d'être positive, donc ça va être, j'imagine, tout ce qui est psychologie positive, mais est-ce qu'il y a voilà des trucs très particuliers que tu pratiques, qui font partie des trucs étiquetés « prévention RPS » ? Après, on a chacun nos trucs, certains font du sport...

CDS1 : ouais c'est ça, ça va être autre chose, chacun son truc...euh le truc c'est que j'ai pas beaucoup de temps pour des activités perso, euh du coup finalement je bah...enfin j'ai quand je quitte ici en fait j'ai une autre vie, donc qui est aussi importante que la vie pro et que bah quand j'arrive, c'est vraiment...quand j'étais infirmière ce genre de choses je mettais la blouse, je savais que j'étais dedans, je retirais la blouse tout était terminé, il ne se passait plus rien, je n'étais plus là, je n'existe plus. Et en fait bah, ça me fait un peu la même

### Annexe n°3 : retranscription entretien CDS1

chose quand j'arrive chez moi finalement, je retire cette blouse mais j'arrive chez moi tout est terminé, il le faut, c'est... voilà, et puis du coup je pense par les activités avec les enfants, voilà quoi on fait des activités manuelles, du jardinage...ah ouais ! c'est vrai que oui le jardinage des fois j'aime bien, j'aime bien je le vais faire assez naturellement finalement parce que tu te retrouves à penser à rien et ça fait du bien... si on peut dire que c'est une action voilà...

FH : oui c'est quelque chose et que ça te permet de déconnecter...

CDS1 : ouais ça me permet de penser à rien.

FH : ouais chacun son truc, y'a des personnes c'est le tricot...

CDS1 : ouais voilà... ouais bon après par la force des choses je m'occupe des mioches, mais sinon le jardinage on va dire, oui...ou bricoler des trucs, je suis une grande bricoleuse, voilà. Mais ça se fait finalement, ça se fait naturellement, ce n'est pas un truc genre « je vais faire ça, je pense à autre chose », ça vient comme ça et après je suis prise dedans

FH : du coup oui, comme beaucoup d'entre nous, t'as ta vie ici et ta vie de maman avec du coup double charge mentale...

CDS1 : oui...oui c'est ça...oui oui...

FH : ça laisse peu de temps pour perso en fait...

CDS1 : exactement puis oui enfin...ma vie perso...ouais ça va mieux mais j'ai eu des trucs compliqués enfin j'ai eu mon père qui était...enfin j'ai dû le mettre en maison de retraite, mes parents sont divorcés et suis fille unique...il y a eu son déménagement, tout ça...et puis euh la séparation avec mon mari, tout ça l'organisation de la garde des enfants... ça a été un petit peu lourd l'année dernière. Il y a des années comme ça...

**FH-Q10** : pour finir, est-ce qu'il y a d'autres choses sur le sujet de façon générale que tu aurais envie de rajouter ? quelque chose qui vient à l'esprit spontanément comme ça ?

CDS1 : « aujourd'hui n'est pas demain, demain n'est pas hier »

FH : d'accord (*sourire partagé*)

CDS1 : non ; mais ouais, il faut...il ne faut pas... enfin faut vraiment avoir ce temps de de de de recul, ce petit moment-là, ou voilà « attends là, c'est en train de partir en sucette, là que fait-on ? qu'est-ce que je fais ? j'y vais j'y vais pas ? je fais ça ? qu'est-ce que je vais faire ? j'arrête tout ? je ? » voilà.

FH : bien, je te remercie pour cet échange et pour ton aide.

CDS1 : merci à toi et à bientôt.

## Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2

FH : Avant de commencer, je te rappelle que l'entretien est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription.

CDS2 : oui bien entendu.

**FH-PPro** : pour commencer, peux-tu me résumer ton parcours professionnel ?

CDS2 : Ouais alors j'ai été diplômé infirmier en 2009 à la sortie du bac, euh ensuite j'ai travaillé 4 ans en maladie infectieuse donc comme infirmier, puis un an et demi en gériatrie aiguë à l'ouverture du service, et donc en septembre 2015 j'ai bien un poste de faisant fonction en maladie infectieuse et j'y suis resté pendant 3 ans, 2018-2019 école des cadres, et depuis été 2019 du coup je suis arrivé aux urgences.

FH : la première partie c'est plus vraiment sur le syndrome d'épuisement professionnel et après sur le management et l'épuisement pro.

**FH-Q1** : première question, d'une façon générale qu'est-ce que tu penses du syndrome d'épuisement professionnel ? comment tu le définirais ?

CDS2 : euh... alors je pense qu'il y a une partie qui est propre à l'individu parce que ça va être un petit peu sur... enfin...c'est comme ça que je le verrai... ça va être sur les envies ou en tous cas les aspirations professionnelles qu'on peut avoir versus la réalité et ce qui s'impose à nous au quotidien et une forme de ... alors voilà sans aller en tout cas jusqu'au burn-out vraiment mais en tous cas avant ça une forme de... frustration et éventuellement de surcharge de travail, mais voilà je le verrai plus en premier lieu comme une forme de frustration entre ses envies, ses aspirations et ce qu'on peut réaliser voilà. Donc plutôt dans ce sens-là avec effectivement la charge de travail, mais aussi bah toutes les contraintes institutionnelles et le lien avec les directions, la direction avec un grand D, ou les différentes directions avec bon...alors le terme, le terme fort... que j'ai oublié...euh...oui ! ,entre les injonctions contradictoires et compagnie et puis, et puis, ben je pense aussi d'une certaine manière les modifications de... *(le téléphone sonne, CDS répond, conversation dure 2 minutes)*...pardon...donc donc donc, ouais les injonctions contradictoires, la direction et puis quand même le changement je pense aussi de enfin...même moi en l'espace de 8 ans je vois la différence alors autant du coup je suis sensé avoir pris de l'assurance, j'ai acquis l'expérience en l'espace de 8 ans, mais finalement ce que je faisais en 2015, alors peut-être avec moins d'outils moins de connaissances théoriques sur le management et compagnies, mais n'empêche qu'en fait les conditions sont plus du tout les mêmes en 8 ans, enfin voilà donc il y a aussi ça je pense, l'ensemble du contexte du milieu de la santé à l'heure actuelle de toute façon, parce que on peut dire ce qu'on veut des directions et finalement des directeurs ou directrices de manière individuelle et isolée, euh...parce qu'il y a peut-être aussi des problématiques de compétences chez les directeurs, je vois pas pourquoi il n'y en aurait pas hein voilà...mais en vrai, je pense que les directions de manière générale sont aussi très contraintes et que le système là il est, enfin il périclité, on le voit et à plein de niveaux, donc je pense que voilà l'ensemble du contexte qui a complètement évolué, le rapport au travail d'une part, et le système de la santé font que de toute façon euh...alors il y a peut-être des endroits où ça se passe très bien... mais je pense que voilà sur le fond de toute façon il n'y a pas grand-chose qui fait que ça peut aller franchement correctement voilà.

**FH-Q2** : ok. De façon assez générale, est-ce que tu saurais décrire des signes du syndrome d'épuisement professionnel ? Savoir si tu sais les détecter chez tes agents, chez tes collaborateurs ?

CDS2 : ben il va y avoir...euh...alors, le problème c'est qu'il y a des choses qu'on va avoir dans un premier temps du mal à détecter de l'extérieur, mais alors là si je me refocalise déjà

## Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2

sur les cadres et puis après aussi sur les professionnels mais bah...le manque de déconnexion du travail, que ce soit une vraie déconnexion bah ne serait-ce que par les mails, mais finalement le fait de bah...de penser au boulot quand on est chez soi, de refaire la journée qui est passée ou d'anticiper la journée du lendemain. Voilà, quand on est chez soi avec éventuellement tout ce qui va être insomnie, les difficultés à s'endormir, ou réveils nocturnes ou réveil anticipé le matin, euh... le fait alors je ne sais pas si ça a un vrai nom médical, mais le fait de venir à la boule au ventre voilà. Le fait de bah... de finalement de se rendre malade du boulot : fatigue excessive liée ou pas, bah du coup aux insomnies éventuelles. Euh...Voilà. C'est tout ce qui me vient.

**FH-Q3** : est-ce que, d'une certaine façon, tu peux dire que si tu vois ce genre de signes chez tes collaborateurs ça va t'interpeller ?

CDS2 : alors si les gens le verbalisent pas, il y a des choses qui pour moi vont être difficiles à voir, et je pense que c'est pas pour rien aussi qu'il y a des échelles enfin des tests d'auto-évaluation un petit peu parce que je pense, alors... même je pense que l'individu de lui-même de toute façon il y a... il y a une part de manque de d'auto discernement parfois, je pense qu'en fait on s'en rend compte qu'on est au bord de la rupture, mais y a toute une phase qui s'installe progressivement et à laquelle on fait pas forcément attention parce que d'une certaine manière, c'est aussi le quotidien et la charge mentale elle va aussi être quand même différente en fonction des métiers, euh... alors je prends mon exemple perso, et les choses se sont peut-être dégradées finalement en l'espace de 8 ans j'ai pas forcément le recul mais en tant qu'infirmier la charge de travail était très élevée et donc c'était le côté physique voilà, c'était de l'épuisement physique sur le lieu de travail qui pouvait primer en règle générale, en tous cas en ce qui me concerne quand je rentrais chez moi il y avait des choses auxquelles je repensais mais voilà ça allait. En position d'encadrement, la charge mentale elle est différente et elle me poursuit davantage à la maison voilà alors je pense que même quand on est infirmier être soignant ou peu importe la catégorie quand vraiment on est en épuisement professionnel ou en burnout et compagnie, le boulot nous poursuit aussi à la maison ça y'a pas de question, mais c'est aussi pour ça que parfois le discernement est peut-être plus difficile à avoir, entre autres quand on est cadre, parce que de base je pense que la charge mentale est pas la même et qu'on rentre plus facilement avec du travail déjà dans la tête chez soi et que faire la part des choses quand est-ce que ça devient entre guillemets pathologique ou en tous cas anormal, on s'en rend compte peut-être plus tard je sais pas...

**FH-Q4** : est-ce que tu as reçu des formations sur tout ce qui est syndrome d'épuisement professionnel, et plus largement sur les risques psychosociaux ?

CDS2 : on en entend parler, alors voilà... à l'IFCS euh...y'a peut-être eu des trucs par rapport à ça, je sais plus euh... on en entend régulièrement parler que ce soit... voilà... mais sinon pas de formation dédiée. Hé hé puis et hé puis parfois le problème c'est que c'est aussi des vœux pieux, voilà quand on entend parler dans les recommandations du département QVT et compagnie, oui bon bah d'accord mais en fait tant que le système ne change pas, que les directions ne changent pas et que le lien avec l'encadrement ne change pas ,alors... et là je me positionne en tant que cadre hein...je, oui voilà, l'épuisement professionnel bien sûr il va être toutes professions confondues, mais là je me recentre dans ma pratique, tant que le reste ne change pas, en fait oui c'est très bien on peut dire on va prendre davantage de recul, on va se protéger davantage...oui en fait on se dit ça mais quand au quotidien, moi je, enfin je vois il y a des fois y'a des événements intercurrents alors oui, j'ai appris à me connaître, j'ai appris à prendre du recul donc je sais ce qui va m'énerver et ce qui va me bouffer, ce qui peut me gâcher des journées, ce qui fait...enfin voilà...mais en fait ça

## Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2

n'empêche pas que les événements vont se produire, alors voilà peut-être on s'arme davantage mais de principes les situations vont se produire. Il y a des choses qu'on peut mettre parfois en place, des stratégies d'évitement sur certains trucs, alors par exemple quand on est soignant si on a eu un décès dans la famille y'a pas longtemps, et bien les situations de fin de vie bien évidemment on va essayer de les éviter, là on n'est pas franchement sur l'épuisement professionnel, mais voilà on est sur des stratégies d'évitement, donc là oui...mais en tant que manager, il y a des choses qui sont très compliquées, quand c'est du lien avec la direction, en fait on ne peut pas couper les ponts avec la direction, avec les professionnels qu'on encadre on peut les mettre en place, et encore ça dépend des services. Là moi je vois nous aux urgences on est plusieurs cadres, normalement 3, là 2, donc quand y'a des problématiques avec un professionnel, on passe la main au collègue, ça marche parce qu'on est 2, quand on est cadre dans un service, bah... ne serait-ce que pour les évaluations professionnelles tous les ans, on va être obligé de se taper tout le monde en entretien. Et je dis « taper », il y a un petit côté péjoratif mais parce qu'il y en a des entretiens qui sont vécus comme une vraie charge. Moi l'année dernière, il y a un entretien alors que je ne pouvais pas laisser la collègue parce que déjà c'était très compliqué entre elle et l'agent, et moi je suis allé voir la psychologue du travail de manière anticipée avant l'entretien parce que j'angoissais et j'anticipais l'entretien. Voilà on met des choses en place mais quand on peut les prévoir, il y a des choses qu'on peut prévoir mais qu'on ne pourra pas éviter.

FH : donc du coup pas particulièrement de formation sur ce sujet...probablement à l'IFCS...  
CDS2 : ouais, c'était plus une information, et encore... plus une sensibilisation on va dire voilà

**FH-Q4R1** : et dans l'absolu, est-ce que c'est quelque chose que t'aimerait approfondir ? Ou s'il y avait une formation aux RPS qui se présentait, tu aurais envie de...

CDS2 : euh...non, non... j'ai enfin...euh...non parce qu'en fait, en fait je pense que ça ne m'en dira pas grand-chose de plus que ce qu'on en a déjà...enfin voilà c'est en fait c'est ça enlèvera pas les problématiques du quotidien et voilà, alors si c'est pour avoir 2-3, mais enfin euh, non je veux dire... on apprend aussi à se connaître et les gens se connaissent quelle que soit la catégorie pro, alors peut-être qu'en tant qu'encadrant on est peut-être un peu plus sensibilisés, mais d'une certaine manière on a peut-être aussi moins les moyens d'éviter les situations, donc voilà donc en vraie formation ou pas...mouais...donc non pas spécialement...parce que je ressens pas spécialement le besoin, l'envie voilà, parce que je pense que ça changera pas grand-chose sur le principe.

**FH-Q5** : plus en termes de management et du syndrome d'épuisement, est ce que tu penses que le management joue un rôle dans ce SEP justement ?

CDS2 : oui, ben oui... parce qu'alors que ce soit le management, que ce soit mon management avec les professionnels que j'encadre, ou que ce soit moi mon rapport à la hiérarchie, que ce soit la hiérarchie, on va dire infirmière en tous cas de soins ou avec la direction, oui bien évidemment que ça a un rôle parce que il y a aussi des choses qu'on ne voit pas des fois...voilà il y a des choses qu'on (*le téléphone resonance, la conversation dure 2 min*)...pardon... voilà je pense aussi des fois y a des choses qu'on... ne voit pas... et comme on n'est pas dans la tête des gens, il y a des choses peut-être qu'on fait... il y a des modes de management hein, le management directif voilà quoi... mais euh...voilà...mais... je ne suis même pas sûr que ce soit le mode de management finalement...parce que les anciennes cadres, les anciennes surveillantes, c'étaient des dragons et finalement pour autant je suis pas sûr que ça amenait non plus à l'épuisement professionnel. Ça dépend plus je pense de la personnalité c'est...je me demande si ce n'est pas plus lié à la

## Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2

personnalité oui, de l'encadrant plus qu'à son mode de management, et à l'équipe qui est en face. Enfin voilà...

**FH-Q6 :** En tant que CDS, toi qu'est-ce que tu penses mettre en place ? qu'est-ce que tu mets spontanément en place dans ta façon d'être pour prévenir ou du moins diminuer l'épuisement de tes équipes ?

CDS2 : c'est pour ça que je parlais de bienveillance et compagnies, de de personnalité plus que de mode de management parce que je pense enfin, j'imagine, peut être que je me trompe du coup, mais ça va passer par la communication, la bienveillance euh...et pour autant c'est pour ça que je disais je suis pas sûr que ce soit le mode de management parce que à côté de ça faut aussi savoir être directif, mais être directif on peut le faire avec bienveillance, on peut le faire avec accompagnement et on peut le faire avec en communiquant et en expliquant les choses, donc voilà. Et parce que je me demande aussi si l'épuisement professionnel il y a aussi peut-être une part liée au sens qu'on met soi-même derrière le travail, et le sens qu'on nous donne et voilà et... alors si on enlève la partie charge de travail parce qu'effectivement la charge de travail, si malgré tout le sens qu'on peut y mettre, si la charge c'est une surcharge ça sera compliqué quand même, mais sans être lié à une surcharge de travail euh je pense que voilà le sens, l'accompagnement, la communication, le lien avec l'encadrement, le fait de pouvoir échanger que ce soit de manière formelle ou informelle c'est des choses qui peuvent qui peuvent être...enfin peut-être...participer à prévenir et si ça prévient pas au moins peut-être à pouvoir déceler en discutant avec la personne, voilà. Parce que bah... parce qu'à part quelqu'un qui arrive qui a une sale tronche qui a des cernes jusqu'au menton, euh...le processus interne de l'épuisement professionnel, le processus psychique propre à la personne, il sera difficile je pense à déceler en amont. Voilà, parce que peut-être même la personne n'aura pas forcément décelé elle-même, donc voilà...

**FH-Q7 :** à titre purement personnel, est-ce que tu penses être dans une certaine forme d'épuisement ?

CDS2 : oui...oui, oui... moi en ce qui me concerne, c'est pour ça que je disais tout à l'heure, y'a des choses, mais parce que ces choses qui heurtent mes valeurs il y a des choses, j'ai beau le savoir, mais il y a des personnes dans l'institution à l'heure actuelle où je sais très bien que la relation avec elles, le risque c'est d'être hors de moi. Dernièrement on m'a dit, on m'a reproché d'être dans une spirale négative, donc j'essaie de prendre du recul, j'essaie de...finalement moins argumenter, il y a des choses que je passe...mais ça heurte, et c'est aussi une forme de frustration. Effectivement ces derniers temps j'avais tendance à être dans une...euh... dans une forme de revendication quasi constante justement parce que ça heurtait mes valeurs. Le problème c'est que ça dessert aussi de manière individuelle, hein... quand il y a des gens qui passent leur temps bon...euh... je... voilà je dis peut-être un peu moins de choses et quand je les dis, j'essaie de réfléchir un petit peu plus avant de les dire pour finalement être moins aussi, euh pas dans la contradiction, moins dans l'affrontement avec les gens, voilà... oui alors là...c'est...c'est même pas la charge de travail, c'est l'ensemble du système il est, il est moribond, hein voilà donc c'est compliqué.

*(question Q8 « impact sur management non posée »)*

**FH-Q9 :** oui, complètement. Et du côté personnel est-ce que tu as des choses que tu as mises en place, toi, pour essayer de te prémunir de ça ? Hormis le fait le justement prendre du recul, plus personnellement pour couper entre le travail et la maison...

CDS2 : non, non, parce que j'ai du mal à couper...que la semaine dernière après un épisode de...de...c'est même pas de contrariété...mais c'est un truc que j'ai vécu de

## Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2

manière violente en lien avec...enfin... en lien avec voilà...l'encadrement supérieur ou la direction, bah j'ai refait ma journée dans mon lit le soir et que je préparais ma journée du lendemain parce que je savais qu'il y aurait beaucoup de choses...hein voilà...donc en fait voilà, j'ai beau le savoir n'empêche que quand il y a des choses qui arrivent, voilà c'est de toute façon quand même difficile à digérer et puis, et puis voilà... et puis bon après voilà, comme on a quand même les directions qui n'ont pas forcément grand changement dans grand-chose, dans le fonctionnement, mais ont quand même communiqué sur les RPS, la QVT, les trucs comme ça...tu vois, je te dis l'année dernière j'avais un souci de manière anticipée avec le l'entretien d'un agent, bon je suis allé voir la psychologue du travail voilà. Donc bah il y a quand même deux-trois outils institutionnels qui peuvent permettre de faire davantage face. Il y a 2 semaines effectivement je me suis dit je vais aller la voir, je vais retourner voir la psychologue du travail voilà. Donc on sait que ça existe, alors est-ce que nous on est davantage sensibilisé parce qu'on est cadre et qu'on a 5 fois les infos en réunion, voilà... est-ce que les professionnels... ? je ne sais pas voilà. Je pense qu'on communique aussi là-dessus et les gens le savent globalement, mais...voilà

FH : du coup, pour essayer d'évacuer, on a chacun nos « trucs » pour essayer d'évacuer la charge mentale, il y en a c'est le jardinage, le sport...

CDS2 : non non non c'est plutôt... c'est plutôt l'inverse quand je suis...enfin voilà je suis plutôt du genre euh...pas apathique... mais voilà plutôt dans... non non non (rires), je vais dire un truc horrible... (en aparté, pas de stigmatisation et pas de jugement professionnel !)... mais je bois un Martini ou un Porto en rentrant, ou une bière. Alors on m'a dit que tous les jours c'était de l'alcoolisme alors j'ai fait que 6 jours sur 7 (rires)...non non non j'exagère ! non mais je rigole souvent là-dessus et je me dis que je vais finir alcoolique un jour... voilà après c'est juste un Martini, mais en plus si j'ai pas d'alcool, c'est un truc simple, le fait de boire un truc sucré ou un truc un peu agréable...mais non non, moi je serais plus du genre en rentrant à mettre dans le canapé devant la télé et voilà pas de...pas d'activité franchement où mon esprit se focalise sur autre chose, voilà.

**FH-Q10** : Ok. D'une façon générale, est-ce que t'aurais d'autres choses qui te viennent spontanément à l'esprit sur le sujet ?

CDS2 : alors...d'une certaine manière aussi, enfin le rapport du travail euh... le rapport au travail a changé, et des fois je me pose aussi la question, est-ce qu'on s'écoute, alors je parle pas seulement que l'encadrement d'accord, mais est-ce que aussi maintenant les gens s'écoutent pas un peu trop ? Ah voilà de temps en temps je me pose quand même cette question. Il y a 100 ans quand on avait pas encore les 5 semaines de congés annuels, enfin je veux dire les gens bossaient toute l'année 6 jours sur 7, voilà, alors on mourrait beaucoup plus jeune c'est vrai, mais alors je dis pas que il faut en revenir en arrière, non mais enfin voilà, je me demande à titre perso dans quelle mesure une part de ce qu'on fait passer dans le champ de l'épuisement professionnel serait pas aussi lié finalement à la manière dont l'individu, et finalement plutôt la société, visualise le travail. Les outils ont changé aussi, avant ben clairement il y a 30 ans, bah y avait pas internet donc y avait pas de mail, il y avait pas de téléphone portable, donc on était pas dérangé donc voilà, il y a a...il y a aussi tout ça qui a un impact certes probablement, euh...mais je me demande aussi dans quelle mesure le simple fait de...du changement de la société vis-à-vis du travail, dans le rapport au travail, peut-être majeure le ressenti d'une situation qui, il y a 40 ans, serait passé crème, on va dire voilà. Alors est ce que c'est normal ? est-ce que ce n'est pas normal ? je sais pas mais enfin tu vois, si enfin voilà je pense que c'est vraiment l'ensemble du rapport au travail qui a changé, on le voit maintenant, quand il y a un arrêt, plus aucune équipe quasiment ne prend le planning pour remplacer en interne sans heure sup ni quoi



#### **Annexe n°4 : retranscription entretien CDS2**

que ce soit. Moi en tant qu'infirmier, je crois que je n'ai quasiment jamais fait d'heures sup, j'étais de jour, donc les seules que j'ai faites, c'était de nuit mais jamais de jour.

J'ai fait des heures sup quand je suis revenu sur les week-ends. ça alors, est-ce que c'était normal ? peut-être pas...mais le rapport maintenant, alors on s'éloigne de l'épuisement professionnel, mais d'une certaine manière c'est vraiment ce rapport qui a changé maintenant c'est...on se lancerait presque à...à induire, enfin, pas vraiment induire des arrêts, mais enfin, il y a un truc qui s'est complètement inversé et il y a aussi globalement une prise de pouvoir des équipes. Enfin, maintenant là ici en interne sur Villeneuve, une ASH quasiment pourrait décider de la fermeture d'un lit. Il y a 5 ans, il fallait batailler pendant une demi-journée avec la direction des affaires financières pour fermer un lit, et là maintenant s'il y a un manque d'ASH, on ferme 3 lits et...et voilà...alors bon, moi je le vois en plus là sous mon prisme des urgences, donc il y a ce ressenti...mais, mais voilà et pour avoir bossé 10 ans de ma vie en médecine, il y a des trucs que je reconnais pas, il y a donc d'une certaine manière...est-ce qu'il n'y a pas aussi ce rapport qui fait qu'on surinterprète, ou on surréagit dans une certaine mesure, voilà. Je ne sais pas. Ça, plus euh...le système de santé qui va bien, plus après ce qui est effectivement propre, je sais pas moi, à la personnalité des directeurs, à la voilà à la charge de travail, voilà.

FH : eh bien, je te remercie pour tes réponses.

CDS2 : je t'en prie.

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

FH : Avant commencer, je vous rappelle que l'entretien est enregistré afin de pouvoir le retranscrire, qu'il est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription.

CDS3 : pas de problème, pour moi, je comprends.

**FH-PPro** : pour commencer, pouvez-vous me retracer votre parcours professionnel ?

CDS3 : euh, je commence au niveau lycée...

FH : non, non, pas besoin de remonter si loin, vraiment parcours pro...

CDS3 : j'ai eu mon diplôme d'état infirmier en 2010 et à la suite je suis partie travailler en privé, dans une clinique à Neuilly qui s'appelle Ambroise Paré, j'ai d'abord exercé en tant qu'une infirmière en chirurgie cardiaque puis en réa, qui n'était pas une réa polyvalente mais avec une orientation cardiaque aussi. J'ai passé 5 ans dans cette clinique, ensuite mon projet c'était de partir faire de l'humanitaire, donc je suis partie avec Médecins sans frontières pendant 5 ans, donc j'ai travaillé bah sur le terrain principalement hein, pas au siège, des missions de 3 à 6 mois en général dans des pays très différents avec des contextes sécuritaires très différents aussi, mais évidemment orienté santé publique, c'était beaucoup de vaccination donc ça en tant qu'infirmière, puis infirmière manager et ensuite chef de projet du coup dans les organisations des missions. Quand je suis revenue pour raisons familiales en France, j'ai repostulé du coup à la clinique où j'avais travaillé en tant qu'infirmière et ils m'ont donné un poste de faisant fonction dans un service de chirurgie de 36 lits plus un service de chirurgie ambulatoire d'une trentaine de boxes ça, et ça j'ai fait du coup 3 ans avant d'arriver ici. Et en fait la raison de mon changement c'est parce que bah c'était très loin, au niveau du trajet j'avais 3h40 par jour parce que j'habite à côté et que Neuilly-sur-Seine bah ça à l'autre bout, donc même si j'adorais ce que je faisais et que c'était très épanouissant, très motivant, ben voilà pour raisons familiales encore une fois et pour personnelles, parce que le trajet à la longue ça fatigue et ça impacte forcément sur le travail, euh voilà donc j'ai postulé ici et j'ai commencé mon poste il y a 6 semaines ici. Donc un poste de gestionnaire de pool, de l'équipe de jour aide-soignant et IDE ils sont à peu près 25 et en plus de ça j'ai la casquette de gestionnaire des lits, euh « bed-manager », c'est un gros mot, enfin on peut mettre tout dedans, c'est assez large, on a pas encore exactement défini avec la direction, enfin ce qu'ils souhaitaient, parce qu'ils savent pas trop au vu de l'envergure de cet hôpital, parce que dans d'autres hôpitaux où je suis allée faire du benchmarking, bah ils ont quasiment des cellules de bed management avec beaucoup de personnel, d'autres ont une seule personne, d'autres ont une seule personne mais que en charge de ça, donc voilà on essaie de définir un peu le poste et de voir bah comment on pourrait aussi soulager les équipes, et faciliter un petit peu les flux patients...

FH : du coup, l'entretien de recherche est un peu sur de on va dire une partie vraiment qui concerne le syndrome d'épuisement professionnel, et une 2e partie plus management et syndrome d'épuisement.

**FH-Q1** : donc la première question est vraiment orientée sur ce syndrome d'épuisement. De façon générale, que pensez-vous du syndrome d'épuisement professionnel ?

CDS3 : euh...là...euh...

FH : simplement, comment vous allez le définir ?

CDS3 : ah comment le définir ?... ok...euh...c'est...c'est quand un professionnel n'a plus de ressources pour moi, pour... pour faire face à la fatigue et aussi...et aussi à la gestion de son temps on va dire, au niveau de sa journée, enfin là on parle d'infirmiers, enfin moi je vais parler plus quand on prend en charge des patients, face aux différentes demandes qu'on nous fait concernant la prise en charge des patients, quand on n'a plus de ressources pour faire face aux imprévus pour la gestion d'un imprévu, parce que tout est en général redirigé et tout tout change tout évolue, et ça je pense que c'est un...c'est un facteur assez important de l'épuisement quand on n'arrive plus à gérer ces imprévus...

**FH-Q2** : et du coup quels en seraient les causes ou quelles en sont les causes d'après vous ?

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

CDS3 : les causes ? (rire embarrassé) ... euh...bah oui, c'est des changements de... peut-être des changements de protocoles, des changements de directives, des changements de professionnels. Je vois par exemple, si les médecins sont amenés à changer de service, ils changent de protocoles, changent d'organisation par rapport aux admissions, aux sorties des patients, par rapport évidemment aux prises en charge, s'il y a des protocoles qui changent... enfin le turnover du personnel en fait en général, que ce soit pour les médecins, pour les cadres, pour les collaborateurs aussi, si on a des infirmiers qui arrivent en intégration et qui restent seulement voilà, on va parler une ou 2 années, on ne pérennise pas du coup une équipe et on n'arrive pas à avoir des... bah des ressources auprès de ses collègues qui sont censés avoir l'archivage du service et être des bons, des bons tuteurs on va dire pour ces personnes qui arrivent.

**FH-Q3** : et sauriez-vous décrire des signes du syndrome d'épuisement professionnel ? Ou savoir les détecter chez des agents ou chez ses collègues ? des signes d'appel, des signes d'alerte qui vous viennent à l'esprit ?

CDS3 : ça peut être... dans les remontées d'informations de certains, de certaines personnes, je pense parfois il y a des personnes qui se...qui vont... qui vont remonter l'information qu'ils sont par exemple fatigués, qu'ils sont à bout etc...il y en a qui l'exprime très bien, je pense que ça, si c'est si c'est redondant, je pense que ça c'est un signe que la personne peut...peut en venir à bout, au bout d'un certain d'un certain temps. Après il y a des personnes qui sont silencieuses aussi et qui le sont pas forcément en général, je pense que ça, c'est à analyser mais enfin en fonction de chaque personne en fait, de de de l'humeur en fonction du de la gestion d'une équipe au niveau du manager justement c'est c'est un peu ça c'est de pouvoir, euh on dit « assesss » en anglais, de pouvoir évaluer, un petit peu l'humeur de de chacun et et les et les quelles sont les limites aussi de de chaque personne parce qu'on n'a pas tous les mêmes limites, en termes de fatigue et en termes d'imprévus aussi, de répétition justement de ce type de hein...euh, d'incident, et des personnes qui vont être stressées tout d'un coup et qui ne l'étaient pas, je pense que à chaque incident euh...qui sort en fait des habitudes du service ou des habitudes de la personne, je pense que c'est quelque chose à noter et à faire attention du coup voilà.

**FH-Q4** : est-ce que du coup vous avez déjà reçu une formation spécifique au syndrome d'épuisement professionnel ou plus largement sur les risques psychosociaux ?

CDS3 : non, du tout !

**FH-Q4R1** : est-ce que c'est quelque chose que vous pourriez, qui pourrait vous intéresser ? et pourquoi du coup ?

CDS3 : oui tout à fait, bah ça pourrait m'intéresser parce que enfin voilà, quand on est, quand on est manager, quand on est faisant fonction de cadre, quand on est cadre, c'est une dynamique, c'est quelque chose, c'est une profession qui est toujours en évolution et je pense que quand on s'occupe d'une équipe, on s'occupe de personnes, et chaque individu est très important pour toute cette dynamique justement d'équipe autour du patient, et je pense que c'est important

de savoir reconnaître ce syndrome d'épuisement, parce que oui on a des ressources et il nous faut que du temps pour ça, et aussi du temps à accorder, alors on a des entretiens individuels annuels, on essaie de suivre, on a des entretiens informels avec les agents, parfois officiels aussi, mais...mais je pense qu'il y a un cadre aussi à mettre et y a des ressources qu'on peut mobiliser si on les connaît, et si on les connaît pas et qu'on n'a pas le temps comme c'est souvent le cas, bah c'est des choses on passe à côté et je pense que ça peut être important de d'avoir justement des peut-être des outils et des automatismes de se dire : « Ah bah cette personne-là, elle dérive un petit peu, qu'est-ce que je peux tout de suite mettre en place ? »... et c'est vrai que ça on l'a pas forcément et que on l'évalue selon la personne mais parfois il est trop tard, il est souvent trop tard je pense...(expression embarrassée du visage)

FH : *(je ris en voyant son expression)*

CDS3 : oh lala ça vous fait rire ! *(ris également)*

FH : Oh non du tout ! ça...ça fait...non non, c'est sans aucun jugement je veux dire, disons que ça fait, ça fait drôle de voir les différences en fait de retour, ou comment les gens

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

interprètent les choses, c'est pas...ça me fait rire, mais rire jaune en fait, parce que je me dis que voilà c'est quelque chose pour laquelle effectivement on n'est pas assez formé, ça j'en suis sûre, et effectivement on peut passer à côté de choses parce qu'on a tous la tête dans le guidon, et on est tous malheureusement passer à côté au moins une fois...et je pense qu'il vaut mieux en sourire, même si ce n'est pas rigolo comme histoire finale...(sourires partagés)

**FH-Q5 :** et donc plus management et syndrome d'épuisement... est-ce que du coup selon vous, le management joue un rôle dans le syndrome d'épuisement dans la survenue du syndrome d'épuisement ?

CDS3 : complètement oui, à 200% ! c'est...ça va dépendre de quel type de de manager, de quel type managérial on veut, quel processus on veut mettre en place dans son équipe, quelle cohésion d'équipe on veut, quelle harmonie qu'on veut donner à son équipe, parce que oui il y a tout le... y a évidemment quand on est dans son service, au travail sur ses 12h, en tant que cadre déjà on les voit pas beaucoup ces personnes, parce que on vient que 7h00 sur les 12, donc on ne sait pas ce qui se passe avant ce qui se passe après, on sait pas trop ce qui se passe à la maison si on ne demande pas un petit peu des questions privées etc. En même temps, il y a toujours un équilibre à avoir, alors c'est compliqué... mais je sais que dans mes équipes auparavant j'aimais bien qu'on organise quelque chose en dehors aussi du cadre du travail pour justement apprendre à les connaître dans un autre cadre que celui du travail et pour euh... pour bah juste en fait les connaître quelle est la personne ? parce qu'on connaît le professionnel mais on ne connaît pas du tout, du tout la personne, et je pense que parfois c'est faisable, parfois c'est pas faisable selon le temps qu'on a, selon le temps qu'on veut y mettre, pour y investir dans son équipe, mais moi je suis persuadée que c'est selon le type de manager qu'on est, et comment l'équipe peut réagir, peut anticiper justement sur les imprévus, le type de communication qu'on a aussi avec son équipe : en appelant en étant complètement stressé en disant (*prend un ton de voix affolée pour miner scène*)« bah voilà finalement c'est pas 2 patients qu'on a c'est 4, on faire des changements de lit ! » etc...(reprend sa voix calme et posée)là forcément, enfin la personne qui est en face avec sa journée de 12h, elle va pas bien recevoir les choses, mais n'importe qui, je pense que c'est vraiment, ça dépend tellement du type de communication qu'on a avec son équipe et comment on transmet l'information en fait tout part de là, et de son attitude aussi parce que si on arrive qu'on est tremblant, on est dans la stature euh... je pense oui, dans la stature moi je trouve ça très très important venant d'un manager, que voilà il soit posé, qu'il passe du temps avec les équipes, alors moi j'étais beaucoup manager de terrain, donc on m'avait demandé, dans le privé on demande aussi beaucoup plus que dans le public à ce que j'ai pu remarquer, de prendre la blouse et d'y aller quand il manque quelqu'un, donc on était vraiment manager de proximité et du coup bah oui à faire les soins si il fallait faire les soins, à garder un petit peu cette continuité malgré l'absentéisme, là non dans le public on essaie de mettre des remparts à ça, pour pallier à l'absentéisme etc. mais du coup j'ai l'impression, après c'est mon impression de l'extérieur et encore une fois j'arrive ça fait que 6 semaines que je suis là, mais c'est vrai que les cadres ici je les vois dans leur service bien sûr mais elles ont tellement une tonne de choses administratives à faire que c'est compliqué d'être à proximité, mais je suis persuadée que le bon manager doit être vraiment auprès de ses équipes, enfin dans le service, oui bien sûr il y a des temps administratifs à avoir mais il y a un temps aussi avec son équipe, ou d'être présent quand il y a des coups de rush pour bah...pour les soutenir pour dire « voilà on est là » enfin pour passer 2 coups de fil même si c'est un détail c'est rien mais au moins l'équipe sait que le manager est là, et qu'il est en soutien, c'est même pas physique mais psychologique de l'équipe

**FH-Q6 :** et du coup en tant que cadre de santé que pensez-vous pouvoir faire pour prévenir ou diminuer le syndrome l'épuisement professionnel des équipes ? en dehors ce côté soutien psychologique ?

CDS3 : bah c'est d'avoir une équipe au niveau ressources humaines, c'est d'avoir une équipe au complet, c'est d'avoir une équipe en adaptation avec les ratios des lits dans les services, c'est c'est un travail aussi avec les médecins je pense encore une fois sur les protocoles qui sont mis en place il faut que ce soit des des protocoles qui soient qui soient

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

solides, qui permettent aux équipes de pas dévier quant à la prise en charge, que la DMS du coup ne soit pas allongée, qu'on n'ait pas des patients qui restent... enfin voilà... après tout, mais tout s'imbrique, je trouve l'un dans l'autre, mais mais le fait déjà d'avoir un service avec des RH en adéquation avec les lits, que les ratios soient bons par rapport aux prises en charge ou enfin aux pathologies du patient, parce que c'est pareil les pathologies du patient parfois bah on a des patients de médecine en chirurgie et vice versa, des patients qui sont très lourds, qui vont rester très longtemps, qui ont un isolement, je pense que c'est le pouvoir montrer à son équipe qu'on peut aussi adapter les ressources en fonction de la lourdeur, enfin pas de la lourdeur du service mais en fonction des pathologies qui peuvent être assez lourdes de certains patients, c'est pareil c'est parfois faisable parfois c'est ...c'est pas faisable mais c'est au moins d'essayer de montrer qu'on y est attentif je pense, que le fait de pareil... encore une fois c'est le fait d'être présent dans le service de demander des nouvelles de tel ou tel patient, de connaître ses patients aussi je pense que c'est important pour pouvoir communiquer en fait avec ses équipes, parce que sinon si on voit que les patients comme une DMS ou comme une entrée ou une sortie, ça va être compliqué de gérer une équipe et de les sensibiliser...

**FH-Q7** : vous-même, avez-vous le sentiment d'être épuisé professionnellement ?

CDS3 : moi non actuellement, parce que j'ai...j'ai enfin...euh, je suis en train d'arriver sur un nouveau poste, pour moi c'est la découverte, c'est la nouveauté d'une nouvelle structure etc. Mais j'ai eu... par d'autres facteurs comme je vous ai parlé du trajet, j'ai eu ce...une des formes d'épuisement parce que bah peut-être qu'y avait plus assez de nouveautés au niveau de mon poste etc. que le service organisait très bien, que les orga étaient en place etc. et c'était une autre sorte d'épuisement. Mais moi actuellement je ne suis pas épuisée professionnellement, mais j'essaye de d'être attentive quand même au déclenchement justement qui pourrait me faire dire « attention je suis peut-être fatiguée ou peut-être que je suis stressée » euh en fait voilà c'est d'être attentive à un starter, c'est s'écouter ça je pense que c'est important. Aussi que les managers puissent dire, et ce n'est pas facile parce qu'après il manque des RH etc, mais qu'ils puissent dire : « attention faites attention à vous, enfin c'est bien de prendre des heures supplémentaires mais il faut aussi... » enfin c'est un des rôles aussi du manager quand même, c'est de garantir un petit peu de cette sécurité auprès des équipes. Et je pense que le COVID nous a mis à mal avec ça, parce que les personnes ont, voilà elles ont dû être mobilisées que tout le monde a été bah voilà sur le sur le qui-vive, enfin tout le monde a dû bosser pendant tellement de temps au niveau de la pathologie COVID qu'on connaissait pas du tout puis après de la vaccination puis après des comment...des pics et des repics etc que je pense que ça a développé énormément d'angoisses pour la suite, et mais je pense qu'on va beaucoup de temps à s'en remettre et que des jeunes...donner l'envie de faire partie, de travailler dans le médical et dans le social ça, ça va être un gros challenge pour les années qui arrivent hein...

FH : alors du coup, pas d'épuisement actuellement mais donc « rester en alerte » de signes...  
CDS3 : ouais...

**FH-Q7R1** : et quels signes par exemple ?

CDS3 : euh...au niveau du sommeil par exemple si...je ne sais pas...si je fais des cauchemars, si je dors mal, si ouais...problème pour s'endormir, de penser tout le temps tout le temps tout le temps au travail ou aux tâches qu'on a à effectuer dans la semaine ou dans le lendemain, une impression aussi de mal gérer mon temps, je pense que ça c'est quelque chose pour moi qui est assez, mais après c'est dépendant de chaque personne aussi hein, mais je pense que ouais la manière de gérer son planning au jour le jour comme pour la gestion de prise en charge patient aussi dans la journée, je pense que ça c'est important quand on sent qu'on est à la limite du débordement et qu'on et qu'on n'arrive plus en fait et qu'il y a un trop plein, et je pense que ça, ça va aussi bah dans le... dans la communication comme j'en ai parlé tout à l'heure, c'est une manière dont on répond à ses collègues ,est-ce que on va le faire de manière douce, de manière ferme, de manière très stressée ? quelle attitude aussi on va avoir ? je pense que ça c'est vraiment des petits...moi je sais que si je ..si je me sens euh complètement dépassée, ben je vais peut-être réagir de manière à avoir un discours un peu plus agressif, du coup être sur... être sur mes réserves enfin voilà, je vais ,je vais moins...je vais moins solliciter mes collaborateurs aussi parce que je pense que je vais me renfermer et ça, c'est ça c'est quelque chose ouais il faut rester attentif mais après c'est chacun...

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

**FH-Q8** : si vous voyez ce genre de signes-là qui apparaîtraient, est-ce que vous pensez que ça pourrait impacter votre management ?

CDS3 : Ah oui complètement !

FH : vous avez en partie répondu à cette question avec la précédente...

CDS3 : mais bien sûr oui tout influe, c'est sûrement ce qu'on transmet, ce qu'on est aussi et ce qu'on veut, et j'en suis persuadée

**FH-Q9** : et à titre personnel, vous avez développé des « tips », des « trucs » à vous pour se prémunir ou pour atténuer l'épuisement professionnel ? il y a des choses que vous faites ?

CDS3 : par rapport à d'autres postes que je faisais avant par exemple, je sais que j'étais très sollicitée bah en dehors de mes heures de travail, la nuit, le week-end, alors que je n'étais pas forcément d'astreinte etc. Là actuellement, je regarde mes mails une fois le week-end, je n'ai pas activé de notifications par rapport à mes mails, je ne communique pas avec mes agents alors, c'est ce qui se faisait ici avant au niveau de ce poste-là, c'est qu'il n'y avait pas de contact direct, par exemple par SMS etc. Mais le fait que ce soit juste une « équipe de remplacement » (on va dire entre guillemets) qui n'a pas de service avec des patients, je pense que je peux me permettre de continuer cette pratique, mais c'est vrai que du coup ça fait vraiment un décalage et un peu une protection, voilà. Une fois que je suis sortie du boulot on peut me contacter par mail, je vais regarder une fois dans la soirée, une fois pendant le week-end, mais je ne vais pas être appelée, je ne vais pas être sollicitée... donc ça me permet d'avoir ce temps de déconnexion

FH : ce droit à la déconnexion appliqué, du coup vous le vivez comment ?

CDS3 : je le vis bien ! parce que du coup en effet euh on a j'ai l'impression de moins « micro-manager » (on va dire entre guillemets), mais en fait c'est pas grave ça va aller, ça va...ça va bien se passer...parce que voilà encore une fois comme je vous dis cette position de gestionnaire de pool, ne pas avoir de service, ne pas avoir de patients...

FH : c'est le poste qui s'y prête ?

CDS3 : oui, oui c'est certainement le poste qui s'y prête le plus, mais c'est compliqué je pense quand on est un cadre ou un faisant fonction dans un service de pouvoir complètement déconnecter et je sais que ça peut faire partie des choses qui font qu'il peut y avoir un syndrome un petit peu d'épuisement professionnel...

FH : ça, c'est purement professionnel cette déconnexion, mais après à titre personnel est-ce qu'il y a...est-ce que vous pratiquez certaines choses qui font que, pour se ressourcer ?

CDS3 : oui je pense que pour se ressourcer, pratiquer une activité durant la semaine, mais ça c'est pareil c'est en fonction de ses tâches journalières, de sa famille... voilà c'est ça, je pense que voilà d'avoir une activité rien qu'à soi en dehors juste la semaine, je ne parle pas vraiment du week-end, mais pour vraiment essayer de décompresser, une activité à soi ça peut être bien. Ça peut être du sport, mais ça peut être culturel, ça peut être manuel enfin voilà peu importe. Mais je pense que ça, encore une fois c'est personnel hein... je pense que chacun a son truc... ça va être d'aller voir un film, voilà chacun son...mais je pense qu'il faut pour pouvoir complètement penser à autre chose et se retrouver un petit peu, sinon si on va se retrouver c'est un peu compliqué de recommencer la semaine...mais encore une fois, il faut pouvoir le faire et il faut pouvoir ne pas être sollicité tout le temps enfin voilà, c'est vraiment en regard je pense du service dans lequel on travaille aussi, et si on a un binôme, parce que si on est tout seul et qu'on n'a pas de binôme c'est compliqué si on s'occupe comme ici des équipes de jour et des équipes de nuit, même s'il y a une cadre la nuit le lundi ou le mercredi, ce n'est pas la même chose, enfin je... voilà mes collègues je peux pas parler pour elle, hein mais c'est vrai que la charge de travail avec les équipes de jours et nuits qu'elles ont, donc elles ont en plus leur service... vous leur avez-vous, vous avez eu des entretiens avec eux ?

FH : pas encore, je vais juste après voir Mr B, et j'ai déjà fait des entretiens sur mon hôpital, donc je vois bien que c'est compliqué, et aussi parce que j'ai déjà moi-même été en position d'encadrement, et surtout quand effectivement on est tout seul.

CDS3 : ouais mais je pense que c'est vraiment ce qu'il faut, enfin je pense que ça peut être vraiment vital de pouvoir et puis pour se ressourcer et pour justement préserver l'équipe un maximum, je pense que... mais on s'en rend pas compte quand on est dans notre activité en fait parce qu'il faut qu'on soit là, on se persuade aussi je pense qu'on est, qu'on est

## Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3

indispensable et bien sûr qu'on l'est d'une certaine manière, mais le fait est que c'est notre rôle aussi de pouvoir pérenniser les choses et que le but c'est que quand même quand on n'est pas là les choses les choses continuent...

**FH-Q10** : c'était ma dernière question, mais d'une façon générale, avez-vous autre chose à rajouter sur le sujet, quelque chose qui vous vient spontanément à l'esprit sur le burn out, sur le syndrome d'épuisement ?

CDS3 : je pense que c'est c'est quelque chose dont il faut qu'on parle de plus en plus, ce serait important bah d'avoir une formation comme vous avez, vous l'avez énoncé, d'en parler aussi je sais pas de trouver des temps avec la DSI, entre cadres, pour pouvoir justement avoir juste un temps libre pour pouvoir parler de ça, de pouvoir parler de ses équipes alors soit par pôles, soit enfin voilà, ce serait pour organiser un petit peu un temps d'échange mais je pense que c'est vraiment notre rôle de l'accueil de l'agent, de pouvoir détecter justement ces signes là et on n'est pas encore assez opérationnel je pense enfin face à ça. Mais c'est aussi parce qu'on est peut-être... quand on est au bout du bout et que ouais, ouais je ne jette pas la pierre...mais...

FH : ouais mais je pense qu'on est trop occupé, et peut-être déjà atteint soi-même, parce qu'on est vraiment la tête dans le guidon, je pense qu'on manque énormément de discernement pour ça et que c'est difficile de s'en rendre compte et encore moins pour nos équipes comme vous le disiez tout à l'heure...

CDS3 : c'est ça c'est qu'une fois qu'on est dans nos services après bah tout autour et c'est normal d'y disparaître un petit peu quoi...c'est qu'il faut pouvoir un peu sortir la tête hors de l'eau mais c'est très très compliqué à faire hein... ça je suis d'accord mais il faut se préserver si on n'arrive pas à préserver ses équipes ça veut dire qu'on n'arrive pas à se préserver soi-même non plus donc et vice versa...

FH : c'est bien vu... c'est un peu ce que moi j'en tire avec maintenant X lectures sur le sujet mais je pense qu'effectivement il y a de ça...

CDS3 : bon on le dit pour les patients aussi, il me semble on dit une phrase un peu comme ça comme quoi on peut comment on peut s'occuper, prendre en charge correctement un patient si déjà nous on n'est pas en tant qu'infirmier, si on n'est pas solide dans ses bottes au niveau psy etc.

FH : oui oui, en effet on nous disait ça déjà à l'école d'infirmière...

CDS3 : ouais, vous voyez c'est quelque chose malheureusement qui ouais...

FH : mais alors je ne suis pas certaine qu'il y a 25 ans, ce syndrome d'épuisement existait autant, ou alors on en parlait moins et on l'appelait pas comme ça...

CDS3 : ah si si je pense que ça existe depuis très longtemps mais on ne l'appelait pas comme ça et...

FH : oui oui bien sûr, ça existe depuis longtemps mais pour que ça commence à être un sérieux problème sur lequel on se penche, c'est beaucoup plus récent...

CDS3 : c'est bien déjà au moins euh si vous faites ça, ce mémoire sur ce sujet c'est intéressant...

FH : je vois, on est beaucoup à vouloir plancher là-dessus, sur la promo de 33 cette année, on est 5 sur des sujets un peu comme ça...c'est que finalement, ça nous tous interpellé à un moment ou à un autre...

CDS3 : alors oui, parce que on a oui... de manière aussi...parce qu'on a tous eu des collègues comme ça, qui se sont complètement...ceux qui ont changé complètement de métier et qui se sont réorientés totalement, ceux qui on finit par faire des burn out, ceux enfin voilà...il y a eu quand même des états difficiles après le COVID...

FH : oui c'est certain... et bien merci en tous cas...

### **Annexe n°5 : retranscription entretien CDS3**

CDS3 : je vous en prie

FH : juste pour moi, mes statistiques est ce que je peux vous demander votre âge ?

CDS3 : ah oui bien sûr, 35.

FH : encore merci d'avoir pris sur votre temps pour cet échange.



## Annexe n°6 : retranscription entretien CDS4

FH : Avant de commencer, je te rappelle que l'entretien est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription.

CDS4 : ok pour moi.

**FH-PPro** : Pour commencer, peux-tu me résumer ton parcours professionnel ?

CDS4 : Alors moi je suis infirmier depuis 2011, du coup je suis de l'ancienne réforme. J'ai commencé à travailler le 4 janvier 2012 en réanimation médicale à la Pitié Salpêtrière, où je ne suis pas resté très longtemps parce que je n'étais pas, je me sentais pas très bien dans le service de réa pour débiter ce n'était pas mon truc. Du coup je suis parti en hospitalisation de neurochirurgie à la Pitié toujours, où j'ai travaillé là-bas pendant 4 ans et après je me suis orienté sur la réanimation neurochirurgicale ou je suis euh pendant 7 ans et où j'ai été vers la fin de la dernière année détaché des soins une partie pour être infirmier référent avec une collègue, à la base c'était pour les nouveaux arrivants puis en fait ça c'est...on a débordé sur les protocoles, les résultats des RMM, tout ça enfin voilà. Et du coup après bah c'est ce qui m'a poussé à faire de l'encadrement. Du coup je suis à Melun depuis le premier février, en tant que faisant fonction de cadre.

FH : alors rien à voir avec mon entretien mais comment tu es passé de la Pitié à ici, c'est un rapprochement de domicile ?

CDS4 : c'est ça rapprochement, j'habite à C... En fait, j'ai commencé à travailler là-bas j'habitais sur Paris après j'ai déménagé ici mais je n'ai pas changé, je suis resté là-bas et là ça commençait à être un peu fatigant.

FH : oui c'est sûr je comprends. Donc oui mon sujet c'est l'épuisement professionnel, c'est 7-8 questions à peu près mais la 1<sup>ère</sup> partie c'est vraiment sur le syndrome en lui-même, et la 2<sup>e</sup> partie c'est un plus ce qui est management et syndrome d'épuisement. Alors il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est plus ce que toi tu en penses, ce que ça t'inspire. L'idée c'est d'avoir ton ressenti.

**FH-Q1** : d'une façon assez générale que penses-tu du syndrome d'épuisement professionnel ? Comment tu le définirais ?

CDS4 : j'en pense quoi... je pense que vu le contexte... enfin en fait le moi je suis habitué à travailler que à l'AP-HP dans des services un peu particuliers du coup plutôt protégés et en fait quand je suis arrivé ici j'ai découvert un petit peu le le vocabulaire charge mentale, hôpital en tension, enfin tout moi tout ça c'est vocabulaire c'était totalement inconnu pour moi

FH : Ah oui ??

CDS4 : ah oui oui, c'est pas je savais que ça allait pas bien hein ouais mais je le vivais pas au quotidien, donc je pense que oui l'épuisement professionnel c'est quelque chose qui peut arriver très rapidement je pense sans qu'on s'en aperçoit et je pense que ça...enfin... ça peut se définir par une fatigue physique, euh... des pertes de... pertes de mémoire, une mauvaise assimilation des informations, une mauvaise retranscription de...une mauvaise pratique par rapport aux informations qu'on peut avoir, euh...des tensions dans l'équipe, euh des...enfin entre paramédicaux, des tensions avec les médecins, et euh...avec l'encadrement aussi je pense. Grosso modo je pense à ça...

**FH-Q2** : du coup, tu dirais que...quelles en sont les causes ?

CDS4 : les causes ? euh...le manque de personnel, euh...la charge de travail qui peut augmenter sans tout de suite adapter les horaires ou le nombre de personnels, euh...la formation qui peut manquer aussi, le stress...après dans certains services ça peut être aussi euh...l'alternance jour-nuit je sais que dans certains services ils ne font pas forcément 2 mois

## Annexe n°6 : retranscription entretien CDS4

de jours et 2 mois de nuit, ils font une nuit par ci par là et ça, ça ravage complètement ouais.

**FH-Q3** : du coup, est-ce que tu saurais décrire les signes, les détecter chez tes agents ? tes collègues ?

CDS4 : une mauvaise communication, on ne va pas dire une mauvaise communication mais, comment dire...un défaut de communication qu'on n'avait pas avant forcément : une altération de la communication, euh...une non prise en compte des informations qu'on peut donner, une tension entre collègues, euh...

**FH-Q3R1** : ce sont des signes ça qui t'alerteraient ?

CDS4 : ouais je pense ouais. Et une...après les plaintes aussi, il y a des personnes qui peuvent se plaindre mais on peut les prendre pas forcément sérieusement parce que ce sont des gens qui se plaignent tout le temps mais il y a des personnes par exemple les éléments qui sont moteurs dans un service et qui commencent soit à ne plus rien faire, ou à commencer à se plaindre, oui là je pense qu'il peut y avoir un épuisement professionnel

FH : ok, tu te dis dans ce cas que ce n'est pas normal, ça t'interpelle ?

CDS4 : ouais ouais

**FH-Q4** : est-ce que du coup tu as déjà reçu une formation concernant le syndrome d'épuisement professionnel, ou plus largement sur les risques psycho-sociaux ?

CDS4 : pas du tout.

FH : pas du tout ?! (*rires partagés*)

CDS4 : non, que ce soit en tant qu'étudiant ou infirmier, ou qu'en tant que faisant fonction, même si ça ne fait pas longtemps que j'ai commencé...

**FH-Q4R1** : effectivement ce n'était pas abordé sur l'ancien programme. Ça commence à l'être dans le nouveau, ouais mais ce n'est pas creusé. Ouais donc non et du coup ce que ça t'intéresserait d'être formé ? et est-ce que tu penses que ça serait important ?

CDS4 : bah je pense que c'est important parce qu'on peut prévenir, on peut détecter l'épuisement, si...plus on détecte l'épuisement tôt plus on peut « le prévenir » (entre guillemets) quoi euh...avant que les personnes se fassent mal, ou s'arrêtent, ou finissent en burn out, ou enfin... oui je pense que ça ne peut être que bénéfique, enfin je pense...non ? (*rit et me regarde interrogatif*)

FH : ah mais oui peut-être, moi je n'ai pas la réponse (*rires*)

**FH-Q5** : du coup en termes de management, est ce que tu penses que le management joue un rôle sur l'épuisement professionnel ?

CDS4 : oui je pense parce que...je le vois par rapport au planning, euh...par exemple si on a un manque de personnel à un jour donné et on veut combler qu'on ne peut pas forcément avoir d'heures sup, on va demander à des infirmiers ou des aides-soignants de revenir sur leur jour de repos et alors effectivement il y a le « l'appât du gain » (entre guillemets) où on fait des heures sup on fait de l'argent mais de l'autre côté physique il faut réussir à suivre quoi. Donc oui je pense que le management peut contribuer à un épuisement professionnel s'il est...pas mal fait mais...il faut que bah il faut que les professionnels soient, les managers soient formés aux risques psychosociaux, du coup ils peuvent jouer un petit peu sur les 2 tableaux quoi...

FH : puisque tu emploies le terme risques psycho-sociaux, qu'est-ce que toi, tu mets derrière ce terme ? (je vais te dire qu'elle est subsidiaire celle-ci, elle est pas dans ma trame, mais ça m'intéresse de savoir du coup)

## Annexe n°6 : retranscription entretien CDS4

CDS4 : ah... risque psychosociaux... bah moi je parlerai du burn out déjà, et puis... (*silence, réfléchi*) ...ouais le burn out déjà après je vois pas d'autre qui me vient à l'esprit là... non... je vois pas...(*regard embarrassé*)

FH : ne cherche pas plus, ce n'est pas grave. Moi-même avant de m'intéresser au sujet je n'en savais guère plus, mais j'en ai appris plein de choses depuis, on en parle ensuite si ça t'intéresse.

CDS4 : ouais ok.

**FH-Q6** : En tant que cadre de santé, qu'est-ce que tu penses pouvoir faire pour prévenir ou pour, en tout cas, atténuer le syndrome d'épuisement de tes équipes ?

CDS4 : avoir du matériel, former les agents, avoir un planning logique et correct, pas faire des « saute-moutons », les faire revenir pour une journée...donc ouais du matériel, un planning cohérent, des gens formés et une cohésion d'équipe parce que des tensions dans l'équipe vont aussi jouer sur...au niveau psychique, je pense...

FH-Q6R1 : du coup qu'est-ce que tu fais pour faire ça ?

CDS4 : ce que je fais pour faire ça ?? (*rires partagés*)

FH : oui, pour la cohésion d'équipe, parce que le reste c'est notre quotidien...

CDS4 : euh... bah là j'ai du temps, ce que je veux faire c'est de faire un petit point (alors c'était Mme P qui m'avait conseillé de le faire), mais un petit point d'équipe avec les infirmiers, les aides-soignants en début d'après-midi, pour faire le point de tous les patients et que tout le monde ait les mêmes informations et repart sur les mêmes bases, euh...que chacun considère le travail de l'autre, que les infirmiers ne prennent pas les aides-soignants pour euh...juste des larbins, voilà. Que ce soit, qu'il y ait de vrais binômes qui soient mis en place entre aide-soignant et infirmier, euh... et avec les médecins pareils, que les médecins ne considèrent pas les paramédicaux comme de simples exécutants mais des gens qui peuvent réfléchir aussi et à...et du coup avoir une bonne communication pluridisciplinaire quoi : les médecins qui communiquent avec les infirmiers, les infirmiers et les aides-soignants, et aussi aides-soignants et médecins pareil...

FH : c'est ça tu l'avais, mais il fallait que j'aille gratter pour être sûre que c'était bien ça que tu voulais dire.

**FH-Q7** : As-tu le sentiment toi-même d'être épuisé professionnellement ?

CDS4 : moi être épuisé ? non. Non pas encore c'est trop tôt...c'est trop tôt ! (*rires partagés*)

FH : parce que tu penses que c'est juste parce que tu viens de changer ou bien même dans ton ancien poste, tu n'avais pas ce sentiment ?

CDS4 : que j'ai été épuisé ? euh...non je n'étais pas...euh...alors je sais pas si ça rentre dedans, mais il y avait des fois où j'avais un petit ras-le-bol, mais je n'allais pas travailler « à reculons », j'étais...je prenais quand même plaisir à travailler avec mes collègues, communiquer avec les médecins, il n'y avait pas de souci, mais après c'est vrai que des fois sur certaines prises en charge, c'est vrai qu'il y avait des choses à redire, mais de là à dire j'étais épuisé, non.

**FH-Q8** : si c'était le cas, est-ce que tu penses que ça impacterait ton travail de manager ?

CDS4 : si j'étais épuisé ?

FH : oui.

CDS4 : Ah oui complètement, je pense ouais...ouais je pense que ça jouerait surtout sur ma communication avec l'équipe et les médecins, euh...bah avec même... avec les autres cadres hein, je pense que ce serait pareil avec ma cadre sup aussi. Je suis...ouais quand je ne suis pas bien...en général ça se voit tout de suite donc je pense qu'au niveau des plannings, je pense que je m'investirais pas du tout, je ferais des trucs complètement à

## Annexe n°6 : retranscription entretien CDS4

l'arrache...enfin je...pense que j'aurais un manque d'investissement de ma part si j'étais épuisé

FH : donc oui ça impacterait ton travail...

CDS4 : Ah oui complètement.

**FH-Q9** :et du coup, à titre personnel, qu'est-ce que tu mets en place pour te prémunir du syndrome d'épuisement professionnel, ou qu'est-ce que tu mettrais en place pour l'atténuer ?

CDS4 : pour moi ?

FH : oui.

CDS4 : ah déjà, je me suis remis au sport, à la course, je enfin la course, je cours quoi. Je n'ai pas installé ma boîte mail sur mon téléphone donc euh...mais c'est pas que j'ai pas voulu, c'est que j'ai pas réussi, et en fait plus j'avance et plus je me dis que je vais pas l'installer parce que en fait si... là tu vois ce week-end il y a un arrêt, si je m'en étais rendu compte, je pense que bah ça m'aurait travaillé tout le week-end quoi

FH : ça aurait mis ton week-end en l'air quoi...

CDS4 : ouais c'est ça, et puis y a...y a eu y a eu une histoire qui s'est passée au tout début où je suis arrivé là, il y a une nuit un vendredi soir où il y a eu 2 arrêts cardiaques dans la même nuit, l'infirmière était toute seule pour 30 patients. Je pense que si j'avais été mis au courant vendredi soir...alors je pense que là, bon le week-end c'était...c'était mort. Donc là, on est ouais...ça fait une vraie coupure entre le personnel et le professionnel, et je sais que ce n'est pas facile...*(rires)*

FH : c'est une bonne décision de ne pas installer la boîte mail ! je vais essayer de pas le faire moi aussi quand je vais y retourner ! Je vais essayer, ce n'est pas gagné... *(rires partagés)*

**FH-Q10** : moi j'ai fini d'un point de vue de la trame, est-ce que d'une façon assez générale et spontanément, tu aurais quelque chose à rajouter sur le burn out, l'épuisement professionnel ?

CDS4 : EUH...je pense que ouais de former, même pas forcément que les, que les cadres, mais même les paramédicaux et les médecins, ça peut être que bénéfique parce que l'épuisement professionnel c'est quand même quelque chose d'assez insidieux je trouve, assez...ça arrive les gens s'en rendent pas forcément compte et, euh... puis on croit connaître les personnes et en fait il y a des personnes qui peuvent le cacher, enfin avoir une façade et en fait être complètement épuisées, moralement et physiquement, ça ne se voit pas, donc je pense que c'est important de de pouvoir s'en rendre compte, et même si c'est des personnes avec qui on n'a pas d'affinité, pour pouvoir les aider quoi, parce qu'après on arrive dans des situations où les gens sont en arrêt longue durée, ils peuvent pas reprendre d'activité, ça peut détruire une personne quoi...donc ouais je pense que voilà...

FH : et bien merci B. Pour finir et pour mes stat, est ce que je peux te demander ton âge ?

CDS4 : ouais, 36 ans.

FH : merci beaucoup pour ton temps.

## Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5

FH : Avant de commencer, je te rappelle que l'entretien est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription. Mon questionnaire est en 2 parties, la 1<sup>ère</sup> plus sur le syndrome d'épuisement en lui-même, et la 2<sup>nd</sup> sur le management et cet épuisement.

CDS6 : oui, oui pas de problème.

**FH-PPro** : pour commencer est-ce que tu peux me résumer un peu ton parcours professionnel ?

CDS5 : alors moi donc j'ai commencé donc préparatrice, je suis arrivée sur Melun en 2006 donc je sortais d'officine, euh ensuite 3 ans après j'ai fait donc une VAE pour avoir le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière, et après donc j'ai pris mon poste de faisant fonction de cadre en novembre 2020...et là je pars à l'école (IFCS) en septembre 2023...

FH : à 3 ans de fonction, ouais c'est une bonne moyenne...

CDS5 : ouais c'est ça à peu près ça...enfin je sais que moi j'ai eu l'opportunité parce qu'en fait les postes de préparateurs qui sont très rares enfin en pharmacie, voilà il y en a un peu moins et je voulais rester en pharmacie parce qu'au début on m'avait aussi proposé des postes aux urgences pédiatriques par exemple, et je ne me sentais pas pour l'instant, enfin en tout cas les premières années, je ne me sentais pas dans un service de soins, encore à l'heure actuelle. Mais voilà après l'école je veux retourner pour l'instant en PUI, puis on verra...on verra après du coup...

**FH-Q1** : donc d'une façon assez générale, que penses-tu du syndrome d'épuisement professionnel et comment tu le définirais ?

CDS5 : euh...alors...syndrome d'épuisement professionnel...euh...(long silence, réfléchis), très bonne question...alors moi je pense que vu que je suis récente, en tout cas, je pense que je n'en suis pas arrivée là, je pense que je n'y suis pas par contre c'est vrai que je vois mes collègues bah...c'est c'est...euh l'énervement, la fatigue...euh bah le burn-out voilà...euh et c'est vrai qu'on le ressent beaucoup sur des cadres un peu plus anciens, on va dire. Moi personnellement pour l'instant je ne pense pas être à ce...encore voilà...pas encore voilà...pas encore mais je pense que justement faut se préserver. Enfin l'idée c'est vraiment et je pense aussi fatigue professionnelle, ce sont aussi les personnes enfin les cadres qui ramènent aussi le travail chez soi... voilà.

**FH-Q2** : Ah bah voilà...du coup, c'est un peu ma question suivante, quelles en sont les causes ?

CDS5 : ouais...c'est ben... c'est ça, ouais moi je pense que faut vraiment faire la différence...enfin...moi, pour moi, cadre c'est un travail mais je le ramène pas chez moi. C'est à dire que moi quand je pars de la pharmacie, je pars de la pharmacie. C'est à dire que même mon portable...euh...concrètement moi je ne suis pas sur leurs réseaux ou WhatsApp, je suis pas sur leur...voilà...ce que je veux dire, je pars de la pharmacie, je reviens le lundi matin, et le lundi matin je règle les problèmes si il y en a eu voilà. Mais en tout cas, je voilà...je suis en repos, quand je suis en vacances, je suis en vacances...

**FH-Q3** : et tu saurais me décrire des signes du syndrome d'épuisement ? et savoir si tu saurais les détecter sur tes agents, tes collaborateurs, ou même sur toi ?

CDS5 : bah justement l'énervement...je pense les personnes qui partent un peu au quart de tour...la fatigue, les gens qui nous disent qu'ils n'arrivent plus à dormir, voilà... donc du coup c'est pour ça aussi qu'ils sont...voilà qu'ils sont sur sur...ouais sur les nerfs etc. Et puis après même l'investissement, je pense que les gens qui sont vraiment enfin...voilà...ça va avec la fatigue hein en fait...on voit ils ne s'investissent plus dans le service en fait.

**FH-Q4** : est-ce que tu as reçu déjà une formation du coup sur le syndrome d'épuisement ou pas du tout ? ou sur les risques psychosociaux plus largement ?

CDS5 : pas du tout non.

FH : est-ce que tu penses que ça t'intéresserait ?

CDS5 : Ah bah oui...

FH : et dans ce cas pourquoi ?

CDS5 : bah ça m'aiderait à comprendre...à comprendre peut-être certains...certains signes et pouvoir les détecter plus facilement...que ce soit pour moi et pour les autres.

**FH-Q5** : donc plus en termes de management maintenant, est-ce que tu penses que le management joue un rôle dans le syndrome d'épuisement professionnel ?

## Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5

CDS5 : Ah oui, oui oui. Je...alors oui oui oui oui bah oui oui je pense parce que nous aussi, si nous déjà on est en épuisement professionnel, obligatoirement je pense qu'on le fait ressortir dans... enfin l'équipe le ressent obligatoirement voilà, et puis c'est vrai que oui parce que bah...par exemple ce matin, avec les arrêts et cetera, des fois on est obligé de rappeler les gens sur leur repos et, et on n'a pas envie de les rappeler sur leur repos parce qu'on se dit voilà...mais du coup en fait il faut que ça tourne et ça du coup, oui il y a certaines fois où on...accentue un petit peu cet effet-là

FH : euh, par obligation tu veux dire ?

CDS5 : oui par obligation tout à fait, tout à fait...

**FH-Q6** : du coup, en tant que cadre de santé, qu'est-ce que tu penses pouvoir faire pour prévenir ou diminuer le syndrome d'épuisement de tes équipes ? ...si elles sont en épuisement...  
CDS5 : alors ouais...alors euh...moi au niveau de la pharmacie...concrètement je pense pas qu'il y ait vraiment des personnes qui sont en épuisement...après justement, j'essaie de les préserver...bah des trucs tout bêtes hein...bah par exemple de pas les rappeler sur leur repos voilà...Mais le problème c'est que, c'est vrai que derrière obligatoirement ça fait des effectifs, où ils sont très réduits parce que comme j'ai expliqué, du coup moi j'ai pas de SICS (pool remplacement), j'ai pas de vacataire, j'ai pas tout ça donc du coup bah obligatoirement ils tournent en sous-effectif et du coup bah le dégradé ça va de temps en temps, mais le dégradé sur un long terme ça peut-être un peu fatiguant aussi, et du coup peut être déclencher ce type de...ce type de souci après, mais en tout cas moi j'essaie ouais ouais...d'être vraiment à l'écoute, de toute façon dès qu'il y a un souci dans l'équipe, je...on le voit assez vite...enfin ils viennent me voir assez facilement parce que bon bah comme tu sais hein, je sors de l'équipe, voilà...

FH : ah mais oui...

CDS5 : c'est ça aussi, ça m'aide ouais...ça m'aide donc vu que je sors de l'équipe ben voilà, je les connais bien et en fait je le vois tout de suite quand il y a un problème. Un truc tout bête : tous les matins je vais...je passe sur tous les secteurs et je vais dire « bonjour » hein...rien que de dire bonjour, on voit directement la réaction que la personne, on le voit tout de suite si la journée va bien se passer ou pas, voilà. Donc c'est ça parce qu'on les connaît donc c'est vrai que j'aurais peut-être pas d'ailleurs le même management avec une équipe que je ne connais pas, je pense que voilà c'est c'est possible, mais donc du coup on le voit tout de suite et puis enfin on vient me voir en règle générale, comme il y a eu justement, y a pas si longtemps que ça, alors c'est pas tout à fait épuisement professionnel, mais en fait j'avais mis donc une personne référente aux chimio donc sur un an et du coup au bout de 3-4 mois, elle est venue me voir parce qu'elle n'arrivait pas à se positionner par rapport à ses collègues, et en fait ça la fatiguait, parce que du coup elle me disait « le soir j'en pleure », parce que du coup voilà...parce qu'en fait elle était en difficulté parce qu'en fait elle n'arrivait pas parce qu'en fait c'est un peu le souci c'est qu'elle est jeune, et donc du coup, alors c'est une très bonne préparatrice hein ça y a pas de souci, sauf qu'elle a des anciennes en face d'elle et du coup elle a du mal à leur dire les choses, voilà, et donc du coup elle m'en a parlé, et on a trouvé un petit compromis, et ça se passe très bien. J'ai mis un 2e référent comme ça, ils sont 2 et comme ça au moins c'est plus facile pour elle de discuter avec le reste de l'équipe, voilà.

FH : Et donc oui, là c'est un exemple très particulier, mais du coup est-ce que tu as d'autres idées qui te viennent de tout ce que tu ferais, si tu avais vraiment une équipe en tension ?

CDS5 : bah, je ferais venir peut-être déjà la médecine du travail peut-être, pour un peu voir un petit peu pour prendre l'équipe en...voilà...en faire un travail sur l'équipe dans la globalité et puis après elle déterminera peut-être si besoin de la psychologue du travail etc. Et puis après, je ferais remonter aussi à ma cadre sup pour savoir voilà...pour peut-être, qu'elle a aussi des...bah des astuces aussi hein...pour redynamiser l'équipe etc. Parce que c'est vrai que quand on est en faisant fonction...bah du coup je n'ai pas suivi de formation...donc après c'est vrai, qu'on fait un peu au feeling hein...enfin concrètement, et peut-être qu'on fait bien mais peut être qu'on fait mal aussi. C'est pour ça que détecter peut-être moi à l'heure actuelle je dis qu'il n'y a pas de souci dans l'équipe hein...mais on ne sait pas enfin peut être que c'est possible...

**FH-Q7** : oui en effet, c'est possible (*rires partagés*) Alors, tu m'as déjà plus ou moins répondu, mais je te pose la question de ma trame... est-ce que tu as le sentiment d'être épuisé professionnellement toi ? bon, a priori non...

## Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5

CDS5 : non, moi ça va, non non pour l'instant ! pour l'instant mais on verra après l'école ! (*rires partagés*)

**FH-Q8** : alors mettons que tu serais épuisé, est-ce que tu penses que ça impacterait du coup ton travail de manager ?

CDS5 : bah évidemment ! Ah bah oui je pense que ça...même au niveau de l'investissement...moi je pense qu'au niveau de l'investissement, on ne se s'investit pas de la même façon et même au niveau...même au niveau de l'équipe...au niveau de l'équipe je pense qu'on est sous tension tout le temps, donc le moindre truc en fait on part au quart de tour hein...je pense hein...

FH : ça peut...

CDS5 : Ah non non mais je pense que oui oui ça se voit enfin quelqu'un qui est...atteint...

**FH-Q9** : donc pareil t'as plus ou moins répondu, mais t'as peut-être d'autres choses auxquelles tu penses... mais toi, à titre personnel qu'est-ce que tu mets en place pour justement te préserver, te prémunir du syndrome d'épuisement professionnel ? à part le break « travail/maison »

CDS5 : Ben c'est ça oui oui ! bah ça et puis prendre du recul en fait, prendre du recul énormément enfin c'est à dire que c'est vrai que des fois on prend des décisions qui sont pas...enfin, on n'est pas toujours d'accord avec les décisions qui sont prises, par-là plus haut, voilà...qu'on met en application mais du coup je pense que c'est important bah pour nous préserver nous et préserver l'équipe aussi, expliquer pourquoi on met des choses en place, moi par exemple je fais des réunions tous les jeudis, les jeudis à 14h00 en fait, parce que contrairement à des équipes de soins moi y a pas les staffs tous les jours, et j'ai difficilement, tous les jours je ne peux pas les libérer en fait, c'est très difficile, donc en fait tous les jeudis à 14h00, on fait un tour des secteurs. Alors quand je dis on fait un tour des secteurs mais on le fait aussi en nominatif, c'est-à-dire que si la personne elle a aussi, je ne sais pas, un mal-être et cetera, elle peut aussi venir bien sûr dans mon bureau, mais des fois c'est pas mal aussi s'il y a eu un souci avec une collègue, des fois ces réunions-là permettent un peu de désamorcer la chose et du coup bah voilà ça permet...je pense que la communication permet de désamorcer pas mal de choses enfin

FH : du coup ces réunions elles sont formalisées toutes les semaines ? sauf il y a un imprévu j'imagine...

CDS5 : oui tout à fait

FH : et elles durent combien de temps ?

CDS5 : alors entre une demi-heure et 45 min, ça dépend en fait de ce qu'on a à dire. Alors moi c'est pareil, je fais ressortir aussi des infos de la direction hein...je fais redescendre les infos, et puis après y a un compte-rendu...

FH : systématiquement ?

CDS5 : oui systématiquement que j'envoie par mail à tout le monde, euh...pour ceux qui étaient absents, voilà et puis même pour ceux qui sont là au moins c'est formalisé, c'est écrit et du coup euh voilà comme ça tout le monde a l'info en même temps.

FH : c'était quelque chose qui était en place avant que t'arrives ? ou bien c'est toi qui... ?

CDS5 : euh, non c'était quelque chose qui était déjà mis en place...

FH : c'est bien...

CDS5 : ouais...bah en fait c'est vrai que voilà encore une fois dans les services de soins, vous avez les staffs pour vous réunir...

FH : ou pas...

CDS5 : bah oui, non mais c'est sûr pour ça qu'au bloc c'est particulier (*fait allusion à mon poste FFCDs au bloc op*), mais c'est vrai qu'en règle générale voilà quand on a des stats c'est vrai que c'est plus facile. Et encore, je trouve que les staffs, on parle du patient mais on ne parle pas réellement de l'équipe...voilà. Alors que moi par contre, je ne parle pas spécialement des patients parce que je trouve que ce n'est pas...voilà...c'est enfin...alors si, il y a eu un problème avec un patient attention hein ! s'il y a eu un problème de délivrance de quoi que ce soit on peut en parler, mais c'est vrai que l'idée de cette réunion, c'est vraiment voir les

## Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5

problématiques et les points positifs hein ! parce que y a pas que des problèmes, voilà, donc sur les différents secteurs et surtout les faire remonter aux collègues. Et puis on essaie de trouver des solutions ensemble, alors il y a des fois évidemment on ne trouve pas des solutions tout de suite hein, parce que c'est comme tout hein, et après on se « re-pose ». Alors des fois, il y a différents problèmes qui me sont montés, il y a des fois on arrive à trouver avec les personnes du poste et moi on arrive à trouver une solution, et si on n'arrive pas à trouver une solution on monte un petit groupe de préparateurs. Bah oui parce qu'il y a des choses où réellement enfin à 2, on n'a pas trouvé de solution, donc on monte un petit groupe et puis après on en parle et puis on essaie de trouver voilà

FH : bah du coup toi comme ça, tu n'es pas spécialement « agressée » par ce syndrome, et tant mieux, c'est peut-être lié à la fonction, la fonction et au service ? CDS5 : alors moi je pense voilà, parce que moi je le vois là parce qu'en ce moment bon bah c'est un peu tendu dans les services on va dire, moi quand j'écoute mes collègues c'est vrai que moi je pense que j'ai de la chance d'être à la pharmacie. Parce qu'à la pharmacie, on est quand même assez en retrait, moi je n'ai pas de problème par exemple avec les pharmaciens le médical. Par exemple, on est vraiment en binôme, on n'a pas les mêmes relations, c'est-à-dire que moi par exemple je suis pas là, c'est ma chef de service qui reprend le relais. Par exemple je vais m'en aller 10 mois (*en septembre IFCS*), ça va être les pharmaciens des secteurs qui vont reprendre leur secteur et bien sûr la chef de service qui va chapeauter tout ça, mais ce que je veux dire c'est que du coup je n'ai pas les mêmes relations, donc du coup déjà ça se passe beaucoup mieux, et du coup même les préparateurs n'ont pas les mêmes relations avec le côté médical, en fait les pharmaciens. Donc moi je pense que non, la pharmacie je pense que c'est l'un des rares services où on est un peu préservé par ça, à part le laboratoire aussi...

FH : en fait, vous n'êtes pas en vrai contact avec le patient, sauf en pharmacie rétrocession, ni vraiment au contact des familles ou rarement, tu penses que c'est un élément favorisant ça justement ?

CDS5 : je ne sais pas...après je pense que l'élément favorisant c'est surtout que, mais je pense...que la direction ne sait qu'on fait comme travail (*en pharmacie*) donc en fait, elle ne nous impose rien, on va dire pas grand-chose.

FH : ils doivent penser que vous donnez des médicaments et c'est tout ??

CDS5 : c'est ça hein, c'est donc je pense qu'en fait il est là aussi le problème, je pense qu'en fait on nous laisse tranquille parce que en fait, non mais réellement, enfin moi je n'ai jamais vu un directeur des soins ici par exemple.

FH : c'est vrai ?

CDS5 : Ah mais non ! non parce qu'elle ne sait pas ce qu'on fait, mais même les autres directeurs, parce qu'on en a eu 2 hein, donc en fait mais non à la pharmacie...alors, après encore une fois c'est comme le laboratoire, on a des normes particulières aussi, qu'on n'a pas dans les services de soins encore une fois. Je te racontais hier nous c'est vrai qu'on a l'ARS, donc en fait c'est plus elle voilà, qui nous tient, plus que la direction. En fait la direction, terme un peu fort, mais je dirai qu'elle subit l'ARS mais c'est un peu ça en fait, parce que comme je t'ai expliqué en fait si l'ARS décide de mettre 5 postes de préparateur en plus, la direction n'aura pas le choix, donc en fait c'est pour ça que je pense que la pharmacie, en tout cas alors le labo c'est peut-être autre chose, mais en tout cas la pharmacie sur ça on est un peu protégé, donc en fait je n'ai pas les mêmes attaques que dans les services de soins. Par exemple, je n'ai pas l'histoire ouais, des lits, des bed-blockers à gérer, des lits qu'il faut libérer...moi je n'ai pas tout ça...

FH : et en termes d'effectifs ? tu es au complet toi ?

CDS5 : Ah oui moi il est complet. Alors il est en complet, mais par contre moi je suis en grosse difficulté contrairement aux services quand même bah, quand j'ai des arrêts oui je suis en dégradé voilà. Je ne peux pas faire appel au SICS (*pool de rempla*) ou à des vacataires. Exemple, la semaine prochaine on va être en grosse difficulté enfin avec les congés et les arrêts voilà. Donc c'est un peu alors, oui... c'est l'avantage et le désavantage, c'est à dire que oui j'ai l'effectif complet, en fait moi je tourne à 22 préparateurs, l'effectif est 22 préparateurs, mais s'il n'y a pas des soucis voilà, sauf que je suis obligé de dégrader les secteurs en cas d'absentéisme. Tu t'en rends bien compte que là tout de suite quand il y a des arrêts, si je suis



## Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5

obligée de dégradé et que ça ne suffit pas je dois rappeler un agent en repos, ça peut créer des tensions, on est d'accord...alors que dans les services en fait c'est continu, non mais c'est vrai, c'est quasi non-stop. Il faut être réaliste, c'est quasi continu et je pense aussi qu'il n'y a pas la même façon de s'entraider...alors après c'est mon avis hein, euh mais il n'y a pas la même façon de s'entraider...Parce que moi je vois ce matin, un exemple, je suis arrivée ce matin y'a une personne qui a prévenu sur le groupe WhatsApp (dont moi je ne fais pas partie) comme quoi elle était pas là, et ben directement avant que j'arrive il y a un préparateur voilà qui est venu enfin une préparatrice qui est venue voir une autre préparatrice qui est toute seule sur les médicaments elle lui a dit « bon ben tu nous appelles si t'as besoin d'aide » etc. Donc en fait, c'est pour ça que je pense aussi qu'il y a quand même une autre dynamique en pharmacie que dans certains services de soins, après dans certains services hein je n'ai pas dit que c'était une généralité hein évidemment, mais c'est vrai que je pense que voilà il y a une dynamique qui fait que je pense qu'ils s'entraident.

FH : Après je pense qu'il y a aussi de l'entraide en services de soins, mais quand il y a aussi beaucoup de fatigue dans les services, c'est difficile...et les services sont quasi tous en sous-effectifs...

CDS5 : Ah mais c'est ça ! mais tout à fait ! non mais ça va aussi avec la fatigue dans le sens que voilà, quand on travaille toujours en sous-effectif, moi c'est pareil si je les faisais travailler toute l'année en dégradé mais ça n'irait pas...enfin, c'est mais c'est ça, alors que moi ils le savent qu'ils vont travailler en dégradé sur des courtes périodes, des temps-là quand il y a des arrêts en fait, et les arrêts ils le savent bien que les arrêts c'est pas un problème de planning, les arrêts bah on peut pas les prévoir en fait hein, et puis ils le savent bien aussi c'est soit ils travaillent en dégradé, soit je fais revenir quelqu'un sur les vacances en fait. Alors que là en fait dans les services de soins ils reviennent même quand enfin...pour tout et rien, je m'entends, mais ce que je veux dire, ils reviennent très régulièrement et donc du coup au bout d'un moment bah t'es t'es usé ouais. Je pense que...je pense que ça joue beaucoup sur ça (*l'épuisement*).

FH : Après, toi t'as le côté plus médico tech où t'as peut-être moins cette vision, mais en fait quand on regarde sur les services de soins, où qu'on aille, c'est en tension partout, on a de gros sous-effectifs partout...

CDS5 : mais oui...

FH : et il y a beaucoup de cadres qui te répondent « bah ouais de toute façon c'est le système de santé qui va droit dans le mur, il manque je ne sais combien de milliers d'infirmiers sur toute la France on pourra pas révolutionner le truc en 2 ans quoi », et qui se disent « de toute façon là sur l'orga clairement je peux rien faire », parce que l'organisation service de soins voilà on va pas faire...on va pas pouvoir réduire les lits, quoiqu'on fasse qu'on reste en tension voilà, on va jouer comme ça et donc ils ont pas...ils se retrouvent assez démunis...

CDS5 : oui c'est ça...

FH : il se disent « qu'est-ce que je vais faire si je ne peux pas jouer sur l'orga ? qu'est-ce que je peux faire pour préserver mes équipes de l'épuisement ? »

CDS5 : et c'est pour ça qu'ils se retrouvent dans ces situations là (*d'épuisement*) mais il y en a beaucoup...

FH : Ah mais ça fait plaisir d'entendre des gens comme toi qui ne sont pas complètement épuisés ! avec des équipes où ça roule...

CDS5 : mais c'est clair et...c'est non mais encore une fois, c'est pour ça qu'il se retrouve comme ça, et c'est pour ça que je pense qu'après mon école, encore une fois hein je vais voir, mais pour l'instant, j'ai pas du tout envie d'aller dans un service de soin parce que parce que en fait je me dis quand je vois en tout cas autour moi, hé voilà je préfère être je suis quoi ... (*en pharmacie*)

FH : ah oui, vu comme ça...

**FH-Q10** : du coup d'une façon assez générale, est-ce que tu as d'autres choses à rajouter sur ce sujet du syndrome d'épuisement ?

## **Annexe n°7 : retranscription entretien CDS5**

CDS5 : bah comme on disait hein, je pense que c'est vraiment, enfin en tout cas pour ma part je pense, que je le vois beaucoup dans les cadres qui ont des services, qui sont dans les services de soins, et je le vois moins chez dans les services médico-techniques.

FH : et bien je te remercie pour tes réponses et ces échanges.

CDS5 : je t'en prie.

## Annexe n°8 : retranscription entretien n°6

FH : Avant de commencer, je te rappelle que l'entretien est confidentiel et qu'il sera anonymisé à la retranscription.

CDS6 : oui, ok pas de problème.

**FH-Ppro** : alors, on l'a déjà un peu évoqué auparavant, mais ce que tu peux du coup retracer un peu ton parcours professionnel ?

CDS6 : alors euh je suis diplômée depuis 2011 en tant qu'infirmière, j'ai travaillé tout de suite en réa pendant 5 ans et demi / 6 ans, de nuit exclusivement. Après je suis partie pour arrêter un peu les nuits et profiter de ma vie de famille, parce que j'avais eu un bébé, donc je suis partie en hospitalisation à domicile, du soir en tant qu'infirmière dans un premier temps et après j'ai une possibilité de prendre un poste de faisant fonction en tant que cadre du soir sur l'HAD, et du coup j'ai fait ça de 2017 jusqu'à 2020 où je suis partie à l'école des cadres, voilà à Montsouris, bah l'année COVID avec suspension et réquisition sur notre année de formation, et on m'a démarché pour un poste de cadre ici du coup, en réa.

**FH-Q1** : alors sur le syndrome d'épuisement professionnel d'une façon générale, qu'est-ce que tu en penses ? comment tu le définirais ?

CDS6 : alors...euh...le syndrome d'épuisement professionnel en fait c'est plus...euh faire les soins, en tout cas faire les choses par automatisme sans vraiment voir ce qu'on fait par exemple, voilà faire bah...enchaîner les patients sans prendre en compte qu'il y a des humains en fait, on oublie toute cette partie humaine parce qu'on est tellement concentré sur la technique sur ce qu'on doit faire, qu'on ne voit plus rien et du coup on s'engluie dans...dans ça, et on se... on est tout le temps en fait tout le temps à en vouloir tellement faire qu'on oublie tout le reste, et que ça soit pour les cadres ou pour les soignants en fait, on on s'oublie et du coup on pense plus au reste.

**FH-Q2** : et quelles en sont la ou les causes d'après toi ?

CDS6 : ah...ça peut être tellement de choses...on va dire qu'une des principales causes ça a été la pandémie de COVID certes, parce que je pense qu'elle a, elle a reflété l'épuisement de tous, dans toute la branche infirmière, où on a tous tellement été puiser dans nos réserves pour prendre en charge les patients pour essayer de mettre, enfin voilà de faire au mieux avec ce qu'on avait, et en fait ça a reflété tout ce qui se passe mal partout, que ça soit à l'hôpital ou en extra hospitalier, et du coup bah mais même dans la vie de tous les jours j'ai l'impression aussi les gens ont beaucoup moins de patience qu'avant et c'est beaucoup plus compliqué, mais la principale cause qui a fait que les gens et en tout cas l'hôpital a du mal à s'en remettre je trouve que c'est le COVID, même si avant elle y était, ça a moins fait une grosse vague...

FH : tu as vraiment ce ressenti qu'il y a l'avant COVID et l'après COVID ?

CDS6 : alors particulièrement oui, en particulièrement en réa je n'aurais peut-être pas le même discours si j'avais été encore en HAD, parce que les gens ont une autre façon de voir et j'ai moins perdu de monde en HAD, qu'il y a du monde qui est parti de réa.

FH : tu penses que c'était quoi qui pouvait déclencher, les causes en tous cas de syndrome d'épuisement d'avant le COVID ?

CDS6 : l'avant COVID, c'est plus les conditions...euh...il y avait alors, sur la réa peut-être pas mais parce que bon j'y étais pas, mais c'est vrai que les épuisements professionnels c'était la fatigue ou c'était vraiment une personne voire 2 dans une équipe, c'était pas l'ensemble de l'équipe qui n'en pouvait plus, qui était à bout, à part dans certains services peut-être où il y avait des problématiques qui ressortaient, mais là concrètement sur la réa ça a été vraiment toute la réa qui a imploré, où il y a eu des départs massifs, et voilà en HAD voilà les causes ça va être la...le rythme, les...on va dire aussi la façon dont on est reçu chez les gens, et la

## Annexe n°8 : retranscription entretien n°6

non écoute aussi des des professionnels, ce manque de reconnaissance qu'ont les les soignants il est présent, et dans les faits les soignants remontent des choses que ça soit au médecin ou quoi que ce soit, cette non-reconnaissance est assez difficile à encaisser et des fois ils se disent mais « pu---n ! » pourquoi je fais ça quoi ?

**FH-Q3** : saurais-tu en décrire les signes de cet épuisement ? saurais-tu les détecter chez tes agents ou chez tes collègues et collaborateurs ?

CDS6 : alors l'énerverment, t'as le stress, dans les signes euh... oui t'as l'énerverment, le stress, les arrêts ouais...les arrêts pour les blessures bêtes, le burn-out c'est vraiment le stade ultime, mais toutes ces irritabilités tout ça, toutes ces petites choses qui qui passeraient inaperçues, donc quand on a des soignants qui sont, qui sont vraiment au bord de l'épuisement professionnel tout ça, et puis oui, toutes les blessures bêtes les choses comme ça. Et alors oui, j'espère y faire attention, après malheureusement avec plus de 100 agents c'est compliqué, j'essaie d'être au plus proche de mes équipes même si ce n'est pas si facile parce qu'on est quand même dans un univers où la réa c'est les compétences, et voir la cadre débarquer pour aller observer, c'est compliqué. Et la façon dont ils parlent aux patients aussi c'est important, parce que ça peut montrer leur non-tolérance et c'est ça peut être des signes aussi, donc j'essaie d'être au plus proche des équipes pour pouvoir essayer de les repérer mais ce n'est pas si facile que ça parce qu'ils mettent quand même des barrières pour éviter qu'on rentre dans leur périmètre.

**FH-Q4** : est-ce que tu avais reçu une formation concernant le syndrome d'épuisement professionnel ? ou plus largement sur les risques psychosociaux ?

CDS6 : alors sur le syndrome d'épuisement professionnel je ne dirais pas...je dirais non. Je crois qu'on avait eu des cours à l'école sur les risques psychosociaux sur l'année décosue qu'on a eu...après, on avait...on avait eu la chance d'avoir Véronique (formatrice esm en 2020-2021) quand j'étais à l'école qui avait fait des des demi-journées bien-être où on avait fait des bulles « bien être » avec des massages, du shiatsu et tout ça, et franchement tu prends le temps de prendre soin de toi et je pense qu'il faut d'abord prendre soin de soi pour pouvoir prendre soin des autres. Et je pense qu'un manager, un cadre, ou n'importe quelle personne qui est en épuisement professionnel ne pourra pas prendre en charge correctement les gens, et malheureusement si on ne fait pas attention à nous, on peut pas faire attention aux autres, et après on rentre dans des diktats de... bah de diriger en mode « métro-boulot-dodo » et on fait plus attention à ce qui se passe.

Mais je crois qu'on en avait eu un peu, j'ai un doute mais après ça remonte à un moment, mais je crois...je me souviens qu'on avait eu quelque chose, après c'étaient des cours en ligne, nous on a fait beaucoup de distanciel, on a eu les cours puisque je me souviens après il y avait eu les ateliers...c'était hyper intéressant, j'en ai de très bons souvenirs de mon école de cadre même si c'était dur, on a fait beaucoup de choses avec la communication non violente, on a eu énormément de choses, si tu veux différentes, et donc du coup on en a eu mais après te dire exactement l'intitulé du cours...

FH : donc a priori oui, mais ça avait été non, est-ce que tu penses que c'est quelque chose à laquelle tu aurais aimé être formé, ou là même est-ce que tu penses que c'est un sujet que tu aimerais approfondir ?

CDS6 : alors euh...j'ai aimé mon année d'école parce que du coup ça m'a...ça m'a ouvert des petites portes, des petites fenêtres, et tu vois cette année j'ai demandé la la formation sur la communication non-violente, parce que je pense que ça fait partie de notre boulot, de pas répondre voilà, et je pense que c'est important qu'on ait ces formations-là, et si on ne les a pas pendant l'école, c'est pas les hôpitaux qui vont nous détacher du temps pour le faire, donc il

## Annexe n°8 : retranscription entretien n°6

faut qu'on soit formé .Ah mais ça fait partie de notre boulot aussi, si on ne remarque pas nous que nos soignants ne vont pas bien qui c'est qui va le faire ?

**FH-Q5 :** et du coup maintenant en termes de management, tu as répondu en partie à certaines questions mais je reprends quand même ma trame...selon toi le management joue-t-il un rôle du coup dans le syndrome d'épuisement professionnel ?

CDS6 : je pense qu'il peut être une des causes même, ça peut être une des causes si un manager qui ne va pas bien peut mal manager son équipe et épuiser ses équipes sans problème ouais. Alors ça peut aussi faire partie de la solution aussi de, un bon manager qui arrive à voir que son équipe ne va pas bien peut aider d'accompagner pour...dans cet épuisement professionnel. Ça peut être une des causes et une des solutions, ça dépend du coup.

**FH-Q5R1 :** et à quel niveau tu penses que ce rôle joue dans l'épuisement pro ? dans la détection tu disais...

CDS6 : alors oui, la détection mais alors c'est soit c'est causé par un manager qui est épuisé, je ne sais pas si tu suis le collectif en danger ?

FH : oui oui je connais...

CDS6 : voilà, ben en ce moment il parle beaucoup d'un hôpital, bon il ne parle pas que d'un, mais il y en a un qui est pas mal revenu et je pense que, tu vois j'ai été faire un stage dans cet hôpital, et la direction est...est maltraitante... j'ai...euh...il l'a fait sur moi hein...et et donc du coup, je pense que les cadres malheureusement sont dans cette...dans ce syndrome d'épuisement professionnel, et du coup ils maltraitent leurs agents sans le vouloir, et donc du coup c'est là c'est un cercle vicieux, mais parce que de base ils sont maltraités en fait,

**FH-Q6 :** en tant que cadre de santé, qu'est-ce que tu penses pouvoir faire du coup vous prévenir ou diminuer le syndrome d'épuisement de tes équipes ?

CDS6 : avec une baguette magique...

FH : hum, si seulement...

CDS6 : euh.... ? à mon niveau ?...essayer de créer un climat de confiance... pour qu'ils puissent arriver et pouvoir décharger, se confier, même si c'est pas forcément le but aussi, notre but d'écouter tous les problèmes de la réa, mais je pense que si déjà ils se sentent à l'aise pour discuter quand ils ont un problème et pas avoir ce sentiment de la cadre « oh mon Dieu il y a la susu qui arrive, elle va m'enchaîner de questions... »...c'est pas moi, c'est pas mon rôle, après il faut, oui il faut de la rigueur faut des choses comme ça, mais je préfère qu'un soignant vienne me voir pour me dire qu'il va pas bien pour essayer de trouver des solutions pour le remplacer même s'il y a des moments où je me tire les cheveux, plutôt qu'il fasse une connerie. C'est ma vision, je sais que c'est pas la vision de tout le monde, mais c'est c'est ma vie.. (*le téléphone sonne, réponds brièvement*)... mais voilà moi je trouve que l'encadrement peut accompagner dans la résolution de ce problème soit par accompagner sur un arrêt et avec un retour au travail accompagné, en essayant de faire quelque chose, j'ai pas forcément les solutions magiques à part de l'écoute et de l'accompagnement, si besoin de changement de service mais je... voilà j'ai pas les clés magiques, mais j'essaie de faire au mieux.

**FH-Q6R1 :** est-ce que t'as le sentiment justement qu'on n'est pas spécialement aidé par nos N+1 ou au-dessus la direction ?

CDS6 : alors je sais pas si on est pas spécialement aidé mais je pense qu'ils sont dans le même euh...dans la même euh...ils sont pareils que nous en fait, ils sont perdus, ils ne savent pas quoi

## Annexe n°8 : retranscription entretien n°6

ni comment faire, il faut faire tourner l'hôpital avec des ressources qu'on n'a pas, avec des patients qui affluent, trouver des solutions et en fait t'essayes de faire...alors je dis pas qu'ils font des merveilles, ou qu'ils répondent à tout bon, mais après eux ils vont pas faire attention à nous, si nous on ne fait pas attention aux soignants...

**FH-Q7** : est-ce que toi personnellement, t'as le sentiment d'être épuisé professionnellement ?

CDS6 : par moments ouais... (*silence, réfléchis*)...par moment oui, parce que...hé... après c'est... j'ai choisi de venir ici, j'adore ce que je fais, mais j'ai une équipe qui est maltraitance...

FH : une équipe qui est maltraitante ?

CDS6 : ouais entre eux...alors pas aujourd'hui, ce n'est pas une équipe qui est maltraitante, mais j'ai une équipe qui n'est pas tolérante, qui est compétitrice, qui est... qui...qui cherche la compétence « soit t'es là et t'as la compétence, soit tu te fais démonter » ...

FH : c'est « sympa » comme ambiance...

CDS6 : sauf qu'ils le font...euh...sournement, avec des rumeurs, avec des choses comme ça, pas devant nous...sur les petits nouveaux...et du coup euh...là il y a quelques temps j'ai...j'ai un petit nouveau qui allait vraiment pas bien et j'ai pas...je l'ai pas vu à temps...lui ils l'ont... ils l'ont vraiment maltraité dans le sens où ils le critiquaient même personnellement sur sa vie perso...(souples) ...ce que je ne...ce que je ne conçois pas et euh...il a pas fait de connerie, il est pas... il a pas fait de passage à l'acte...ou je me serai probablement pas remis s'il avait fait passer un passage à l'acte...déjà que le fait de...qu'il change de service très rapidement, ça m'a fait beaucoup de mal parce qu'en fait j'ai pas réussi à l'aider, le problème c'est que ça fait des années que ça dure sur cette réa...ça fait des années que c'est tu par l'encadrement...et que personne ne veut donner de nom...je le sais parce que j'ai les oreilles qui traînent, je le sais parce que j'arrive à repérer les personnalités, mais je n'ai rien de factuel. Voilà, donc j'ai un petit jeune qui était au bord du précipice et qui est parti sur les urgences rapidement pour pour...pour qu'il s'en sorte en fait...alors que c'était juste un problème de connaissances et que bah ça allait mettre un peu plus de temps que les autres et il allait y arriver...et voilà...j'ai voilà...on a alerté le DAD (dispositif anti-discrimination) pourquoi parce qu'on en a un sur l'équipe maltraitante qui est tombée enceinte et bien « ce n'est pas bien » (ses collègues ont jugé que...)

FH : ce sont des « vieilles » IDE sur cette équipe ?

CDS6 : non, elles ont...elles ont entre 30 et 50 ans

FH : c'est tout ?

CDS6 : ouais ouais...mais franchement elles arrivent elles font un gamin quoi « normal »...mais j'ai une nouvelle infirmière quand elle est arrivée en octobre et bien carrément on a lui demandé (ses collègues) quand est-ce qu'elle... ? et si elle était en âge de procréer ? mais déjà perso, moi je ne demande même pas aux entretiens ! J'ai quand même eu une nana qui est venue pour un entretien, aide-soignante, ça se passe bien et tout, elle m'a rappelé une semaine après pour me dire « Madame, j'ai oublié de vous dire je ne compte plus avoir d'enfants », mais j'ai répondu « Mais ça me regarde pas, vous savez que je n'ai pas droit de vous poser cette question et qu'en fait c'est votre vie je n'ai absolument rien à savoir de ce côté-là, j'en serais très contente pour vous si vous mettez quelque chose en route, mais voilà ça me regarde pas » et la dame était surprise de ma réponse car d'autres entreprises lui avait demandé...mais bon le DAD est inexistant... on leur a demandé de faire des actions concrètes justement sur l'équipe, mais voilà...on attend...

FH : heureusement vous êtes 2 encadrantes sur l'unité finalement...

CDS6 : c'est ça. Ah bah une seule c'est...tu te tires vite une balle...

FH : je comprends alors pourquoi elles sont parties les 2 autres d'avant finalement...

## **Annexe n°8 : retranscription entretien n°6**

CDS6 : alors...les 2 autres d'avant...après je ne les porte pas spécialement dans mon cœur parce que quand j'apprends beaucoup de choses qui se passaient et beaucoup de choses qu'elles ont tues, j'ai beaucoup beaucoup de mal, beaucoup de maltraitance aussi de leur part, après elles ont fait ce qu'elles ont pu avec le COVID machin et tout, mais elles ont laissé des des choses faire et hé...elles auraient pu faire des choses et elles n'ont pas fait et donc du coup moi je récupère...voilà

**FH-Q8** : donc parfois tu as le sentiment d'être épuisé professionnellement, et dans ces moments-là est-ce que tu penses que ça impacte ton travail de manager ?

CDS6 : oui...(dans un souffle) je pense qu'il y a des moments où je suis un peu moins...un peu moins...euh...pas pas présente mais un peu moins enjoué un peu moins...j'arriverai où...c'est plus compliqué pour moi de de faire la part des choses et de de mettre voilà...j'essaie toujours d'arriver dans le service en ayant le sourire et en essayant de pas faire la gueule, parce que si j'arrive en faisant la gueule, ça le fait pas et donc du coup j'essaie toujours d'être...d'être là pour eux et euh il y a des moments où bah du coup j'ai pas j'ai pas j'ai pas la tête à ça, donc bah du coup je vais voir ma cadre sup je décharge et je reviens

FH : donc tu en as suffisamment conscience pour le détecter chez toi et justement ben... aller déposer...

CDS6 : Ah mais alors oui, par contre oui je le sais, y a des moments où je suis pas du tout d'humeur, et c'est pas bien, mais j'ai je suis beaucoup dans le ressenti et dans tout ça et il y a des moments où je leur dis non c'est pas, c'est pas le jour, et soit j'arrive voilà c'est pas le jour ou quoi que ce soit mais ça dégaine du coup ça part au quart de tour, j'suis Lucky Luke, mais sur des choses factuelles bien sûr, après j'essaie de prendre beaucoup de recul c'est ce que l'école m'a permis aussi de prendre beaucoup beaucoup de recul et de puis démarrer...mais bon...je ne suis plus jeune faisant fonction

**FH-Q9** : et du coup, à titre personnel, comment est-ce que tu penses te prémunir de de ce syndrome d'épuisement professionnel ? ou en tout cas de l'atténuer quand on est atteint, on va dire ?

CDS6 : euh...si j'ai choisi de venir ici c'était pour privilégier ma vie de famille et du coup me ressourcer avec mes proches ça fait partie de ça. C'est...alors il y a des moments où c'est compliqué, je rentre à la maison et quand mon mari me dit « t'as passé une bonne journée », je fais « non c'était horrible », mais du coup voilà on en discute beaucoup. Lui il est pas du tout dans le milieu, mais il m'a connu jeune infirmière, en 3e année d'école d'infirmière et là maintenant...et maintenant bah il a vu il a vu la différence il a vu quand j'étais à l'école de cadre, il a dit, ça t'a changé, t'as plus le même discours, t'es plus...ouais...et elle nous transforme cette année, et je pense que je n'aurais pas été capable de prendre ce type de poste si je n'avais pas fait l'école.

**FH-Q10** : OK, d'une façon générale et spontanément est-ce que tu as autre chose à rajouter sur le sujet ?

CDS6 : bon courage ! (*rires partagés*) mais non, mais c'est alors ce qui me fait sourire c'est que quand moi j'étais à l'école c'était les années COVID donc c'est comment le COVID a provoqué la polyvalence des soignants, euh la plupart des mémoires étaient sur ça sur la polyvalence des soignants, sur comment faire d'une infirmière de médecine une infirmière de réa en peu de temps, et maintenant je pense que la plupart des mémoires sont sur l'épuisement professionnel, comment redonner du sens à ce qu'on fait, et ça va avec l'air du temps, non mais en fait c'est avec ce qu'on vit et je pense que dans n'importe quel service, n'importe quel...n'importe où, on est tous sur le même constat c'est comment on fait pour garder nos soignants, pour les accompagner au mieux et pas les casser encore plus

## **Annexe n°8 : retranscription entretien n°6**

FH : pour te faire une idée sur la promo de 33 cette année, on est 5-6 à traiter de ce genre de sujet. Ça fait quand même une bonne partie, et on est tous issu des services qui ont pris le plus cher sur le COVID, ce sont les urgences, la réa, le bloc qu'on a transformé en réa...

CDS6 : mais oui, mais malheureusement bah comme l'année où moi j'ai fait l'école, nous c'était la polyvalence, comment donner la polyvalence, que les 12h sont réparties dans tous les services alors que plus personne ne voulait faire les 12h et voilà, mais parce que l'on a dû se réinventer avec le COVID, et l'hôpital s'adapte, l'hôpital est adaptable, et euh...mais on n'a pas le choix en fait, et malheureusement on va être encore dans cet épuisement encore quelques années, alors on va avoir de la chair fraîche hein avec les étudiants, et encore et encore là ceux qui sortent c'est ceux qui ont connu le COVID donc ils sont pas tant de la chair fraîche que ça, parce qu'ils ont une réelle conscience de ce qui se passe vu ce qui s'est passé pour le COVID, je pense que voilà, moi je pense que d'ici 2 à 3 ans on aura probablement plus de problèmes de personnel, parce que les écoles font le plein.

FH : euh oui, mais on n'en sort pas plus pour le moment...enfin ça c'est un autre sujet. Et bien merci de m'avoir accordé ce temps d'échanges.

CDS6 : merci à toi.





Éthique

## Le comité éthique de la FHF formule des préconisations pour prendre soin des hospitaliers

Publié le 17/04/23 - 11h19

**Après avoir mené une enquête sur la perception du quotidien à l'hôpital, le comité éthique de la FHF a publié un avis intitulé "Comment prendre soins des professionnels de santé ?". Il préconise trois types de leviers.**

Comment prendre soins des professionnels de santé ? La question a été posée par le comité éthique de la Fédération hospitalière de France (FHF). Dans un avis publié en février, celui-ci formule plusieurs recommandations et dévoile une enquête inédite, menée pour adosser cet avis. Les hospitaliers sont très majoritairement fiers de leur métier (80%) et ressentent un sentiment d'utilité quasi unanime (91%). Pourtant, seul la moitié ont tendance à conseiller leur métier et 89% considèrent que leur travail génère du stress. Les sources de ce stress sont diverses : manque de moyens humains et matériels (67%), sollicitations et ruptures de tâches (63%) et tensions professionnelles (35%). Face à ces constats, le comité éthique de la FHF détermine trois types de leviers : territoriaux, systémiques et politiques.

### Méthodologie

En juillet 2022, 10 040 réponses ont été collectées, dont 7 670 questionnaires complets. Les données ont été confiées pour analyse au fonds FHF recherche et innovation sur la base de cet échantillon pour une analyse en données globales et focus optionnels.

### Redonner du sens

Une première série de recommandations concerne les leviers territoriaux. Ils visent à "*redonner du sens à chacun pour tous*". Cela inclut le renforcement du management, la promotion du travail en équipe, le renforcement de la solidarité entre les effecteurs, ainsi que le maintien d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Il est ainsi recommandé de prendre davantage soin des équipes. Parmi les pistes suggérées figurent l'accueil des nouveaux professionnels et leur intégration, la création d'une appartenance au groupe, aménager plus de temps d'échange ou encore former les équipes à l'analyse des pratiques. Il est aussi question de mettre en œuvre une qualité de vie au travail (QVT) en réévaluant les référentiels d'organisation des soins par lit ouvert et en les adaptant. Il est préconisé également de mieux valoriser les professionnels, *via* par exemple la promotion des nouveaux métiers, de "*travailler la cohésion pour atteindre la cohérence*", en programmant des séminaires d'équipes notamment et de "*changer le management*", en replaçant l'encadrement davantage sur le terrain, dans les soins et "*moins dans l'administration et la gestion*". Il est préconisé, concernant ce dernier point, de "*faire confiance au terrain et aux initiatives*" en laissant plus d'autonomie aux équipes.

### Renforcer les valeurs éthiques de l'hôpital

L'avis met aussi en lumière des leviers systémiques. Il est en premier lieu recommandé de "*placer l'utilisateur au centre*". Cela signifie : encourager la communication entre patient, entourage et équipe soignante ; impliquer les résidents d'Ehpad dans les choix d'organisation ; considérer les patients experts, etc. Il est de plus conseillé de renforcer les valeurs éthiques de l'hôpital, c'est-à-dire de valoriser tous les secteurs et toutes les catégories professionnels, promouvoir la reconnaissance par la validation des acquis de l'expérience (VAE) pour permettre les évolutions de carrière, d'organiser une journée régionale de débat sur l'éthique des organisations des établissements de santé *via* les espaces éthiques régionaux notamment. Ce volet

préconise aussi de prendre le virage du numérique. Cela repose sur davantage de sollicitation des ARS pour qu'elles contribuent à la réflexion éthique sur le numérique en santé et le déploiement de l'intelligence artificielle dans le domaine du soin. Il s'agit aussi de numériser pour alléger les tâches et d'améliorer plus largement les conditions techniques, comme les locaux, équipements, outils informatiques et de communication. Ce volet repose enfin sur le fait d'assumer l'incertitude et le rapport au temps soignant et de "*réinsuffler un récit soignant à la hauteur des enjeux de société*".

#### Sortir de la logique comptable

Des leviers politiques sont par ailleurs mis au jour. Le comité préconise de "*redonner du sens à la décision publique-politique*". Cela repose principalement sur un changement de la valeur première qui fonde la décision des pouvoirs publics, "*le soin et la santé publique*" et non plus "*la dépense ou l'économie*", écrit-il. En ce sens également, il souhaite "*réaffirmer la logique de soins comme prévalante sur la logique comptable*" et par conséquent "*sortir du tout T2A*". Cela s'inscrit également dans le cadre d'un "*choc de simplification*" du fonctionnement du système de santé.

#### Liens et documents associés

- L'avis du comité d'éthique [PDF]
- Les résultats de l'enquête [PDF]

#### Clémence Nayrac

Les informations publiées par Hospimedia sont réservées au seul usage de ses abonnés. Pour toute demande de droits de reproduction et de diffusion, contactez Hospimedia ([copyright@hospimedia.fr](mailto:copyright@hospimedia.fr)). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

#### Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?

Testez gratuitement notre journal en vous rendant sur <http://www.hospimedia.fr>

#### Votre structure est abonnée ?

Rapprochez-vous de votre référent ou contactez nous au 03 20 32 99 99 ou sur <http://www.hospimedia.fr/contact>



# Diplôme de Cadre de Santé DCS@22-23

**Mémoire de fin d'étude au diplôme de cadre de santé**

**Le care au service des soignants**

Rôle du management dans l'accompagnement de l'épuisement professionnel

**HUSSE Florence**

**MOTS CLÉS**

Syndrome d'épuisement professionnel, outils pour s'en prémunir, cadre de santé, accompagnement des équipes

**KEY WORDS**

Burnout syndrome, tools to prevent it, health manager, team support

**RÉSUMÉ**

Qui prendra soin de nos soignants quand ils seront tous à bout ? Il est urgent de se soucier d'eux pour éviter que cela n'arrive...

Alors que le burnout est souvent qualifié d'épidémie silencieuse et insidieuse, ce sujet prégnant inquiète de plus en plus le monde du travail. Ainsi, le rôle des managers dans l'accompagnement du syndrome d'épuisement professionnel est questionné au sein des organisations.

A l'hôpital, les cadres de santé sont au cœur des équipes de terrain et identifiés comme maillon essentiel de la chaîne de prévention face aux risques psycho-sociaux. Mais sont-ils suffisamment informés sur le sujet pour jouer ce rôle primordial ? Leur management a-t-il un impact positif ou négatif sur leurs équipes ? Alors qu'ils sont eux aussi exposés au risque de faire un burnout, quelles actions peuvent-ils envisager pour s'en prémunir et aussi protéger leurs agents ?

Le care management apparaît comme une solution aux maux qui rongent le monde hospitalier.

**ABSTRACT**

Who will look after our caregivers when they will have reached the end of their rope? It is imperative that we worry about them to prevent a collapse...

While burn-out is now considered as a silent and insidious epidemic, the professional world is getting more and more worried by this significant topic. Thereby, managers' role in fighting the professional exhaustion syndrome poses a challenge within structures.

In hospital, healthcare executive managers are in the depths of the field teams and identified as a fundamental link in the prevention chain facing the psychosocial risks. Now, are they informed enough about this topic to play this crucial part? Does their management have a positive or a negative impact on their teams? At the time they are exposed to a burn-out themselves, what actions can they contemplate to prevent the threat and their health agents as well.

Care management appears as a solution to this disease that is eating away the hospital's world.