

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

La prévention de l'épuisement professionnel des soignants :

Rôle du cadre de santé ?

Stacy LAMANDE

DCS@22-23

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.

Remerciement :

En premier lieu, je souhaite remercier Madame MOULENQ, ma directrice de mémoire pour son accompagnement, sa bienveillance et sa disponibilité tout au long de ce travail.

Je remercie Mr FARNAULT, Mme DJIE BI IRIE ainsi que Mme BOULANOUAR pour leurs encouragements quotidiens.

Je remercie aussi mes compagnons de route de la Team GDF : Adrien, Morgane, Marion, Sabine, Célia, Arnaud, Flavien et JB pour avoir été des ressources inépuisables. Notre solidarité et notre soutien, nous a permis d'arriver au bout de cette année de formation.

Un grand merci aux professionnels qui ont accepté de participer à ce travail.

Et enfin, je dédie ce mémoire à mon compagnon et à ma fille, qui m'ont supporté au quotidien et sans qui rien n'aurait été possible. Merci pour leur patience, leur accompagnement, leur compréhension et leur soutien sans faille.

« Les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte¹ »

Herbert FREUDENBERGER

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

Sommaire :

Abréviations :	3
Introduction :	4
1 Du contexte à ma question de départ :	6
2 Le cadre de référence :	9
2.1 Les risques psychosociaux :	9
2.1.1 Définitions et généralités	9
2.1.2 Les facteurs de risques :	9
2.1.3 Le contexte hospitalier actuel :	10
2.2 L'épuisement professionnel :	11
2.2.1 Un syndrome tridimensionnel :	12
2.2.2 Maslach Burnout inventory. (MBI)	13
2.3 Les outils d'évaluation :	14
2.3.1 : Lien avec le cadre contextuel des services hospitaliers :	16
2.4 Les conséquences :	17
2.5 Évolution du cadre juridique :	18
2.5.1 Loi de modernisation :	18
2.5.2 Les obligations de l'employeur :	18
2.5.3 Les accords nationaux interprofessionnels (ANI) :	20
2.5.4 Plan santé travail :	21
2.5.5 La certification des établissements de santé :	21
2.6 La prévention :	22
2.6.1 Prévention. Primaire ou « à la source » :	23
2.6.2 Prévention secondaire ou « corrective » :	25
2.6.3 Prévention tertiaire :	26
2.7 Rôle de cadre de santé :	26
2.8 La communication :	28
2.8.1 Généralité de la communication verbale :	28
2.8.2 La communication non verbale :	30
3 Question de recherche et hypothèse	31

4	Enquête de terrain	33
4.1	Le choix des terrains d'enquête :	33
4.2	Choix de la population :	33
4.3	Choix de l'outil d'enquête :	33
4.4	Élaboration du guide d'entretien et déroulement des entretiens.	34
4.5	Typologie des cadres interrogés :	35
4.6	L'analyse des entretiens :	36
4.6.1	La connaissance des cadres de santé en matière de RPS et SEPS :	36
4.6.2	L'identification des facteurs favorisants :	37
4.6.3	Les ressources mise en place par le cadre de santé	39
4.6.4	Les rôles du cadre :	41
4.6.5	L'engagement de l'institution en matière de prévention.	44
4.7	La synthèse :	46
4.8	Les limites du travail de recherche :	50
	Conclusion :	51
	Bibliographie :	52
	Annexes	

Abréviations :

ANI : Accords nationaux interprofessionnels

AS : aide-soignant

ASH : agent de service hospitalier

CDS : cadre de santé

CE : Commission européenne

CSE : comité social et économique

DUERP : Document unique d'évaluation des risques professionnels

GHT : Groupements hospitaliers territoriaux

HAS : Haute autorité de santé

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

IDE : infirmier diplômé d'état

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

MBI : Maslach Burn out Inventory

OMS : Organisation mondiale de la santé

PST : plan santé travail

RPS : Risque Psychosociaux

SEPS : Syndrome d'Épuisement Professionnel des Soignants

Introduction :

Lors de ma formation à l'institut de formation de cadre de santé de l'école supérieure de Montsouris, il nous est demandé de réaliser un travail de fin d'études dans le cadre du travail d'initiation à la recherche. En partant de la problématique d'une situation professionnelle, il s'agit alors d'orienter notre réflexion en prenant du recul afin de « *rassembler des données empiriques et théoriques, les analyser, les mettre en relation, leur donner du sens, et traduire le cheminement de sa réflexion*² ».

J'ai souhaité traiter du sujet de l'épuisement professionnel des soignants en services de psychiatrie, que j'ai pu observer durant ma pratique professionnelle en tant qu'infirmière, mais également en tant que faisant fonction de cadre de santé.

Pour la Haute Autorité de santé, les soignants sont une « population à risque historiquement identifiée ». Les premiers résultats de l'étude Amadeus³ ont été publiés dans une revue mondiale de management paramédical, Les résultats mettent en avant que le burn-out touche environ 50 à 60% des soignants et plus de 30% sont touchés par des dépressions au moment de l'étude.

Le monde du travail est en évolution constante et demande de plus en plus d'implication de la part des professionnels de santé. La crise COVID de 2020, a également eu un impact sur l'évolution du milieu hospitalier. Les soignants sont soumis à des demandes de plus en plus pressantes de la part de l'institution mais également des patients et de leurs familles. Toutes ces exigences sont tout autant de causes de facteurs de stress pour le personnel soignant. Si l'accumulation de facteurs de stress devient quotidienne, on parle alors de chronicité, ce qui peut causer chez un individu un syndrome d'épuisement professionnel.

Les soignants en secteur psychiatrique sont particulièrement exposés à cela par l'aspect chronique des prises en charge complexes de la pathologie mentale, mais également par la souffrance psychologique des patients et de leur entourage. Le cadre de santé à plusieurs missions, il est garant de la qualité des soins, et responsable de la qualité de vie des agents de son service.

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

³ Améliorer l'adaptation à l'emploi pour limiter la souffrance des soignants, étude réalisée entre mai et juin 2021 sur 10 000 soignants en France.

En tant que future cadre de santé, il semble important et nécessaire pour moi de travailler la prévention de l'épuisement professionnel des soignants en psychiatrie.

Dans une première partie, je vous présenterai la situation qui a mené à ma question de départ. Dans une seconde partie, je développerai mon cadre théorique en développant plusieurs concepts qui me semble pertinents et en lien avec le thème. Dans une troisième et dernière partie je développerai ma partie exploratoire en présentant la méthode utilisée pour mon enquête de terrain ainsi que l'analyse des résultats obtenus.

1 Du contexte à ma question de départ :

Ma carrière a débuté en 2013 en tant qu'infirmière en service fermé de psychiatrie adulte. Je suis passée dans plusieurs services toujours en intra hospitalier, j'ai appris mon métier et la spécificité de ce monde : la psychiatrie. J'apprends à écouter, à comprendre les maux de la psyché.

J'ai eu la chance d'exercer dans des équipes toujours très soudées, prenant soin des uns et des autres.

Au fil du temps, mon positionnement évolue et mes missions aussi. Huit ans après ma prise de poste, je deviens infirmière coordinatrice dans mon service, j'intègre la formation de cadre de santé après une année en tant que faisant fonction de cadre de santé dans une unité fermée.

Lors de ma prise de poste en tant que faisant fonction de cadre de santé en septembre 2021, nous sortons de la crise covid, il me semble important de le préciser car beaucoup de soignants sont fatigués de cette période et le service dans lequel je prends mon poste était l'unité covid de l'hôpital. Lors de ma prise de fonction, plusieurs soignants sont en arrêt de travail, certains ne souhaitent pas se faire vacciner et d'autres sont « épuisés » me confie une des infirmières. Je ne sais pas quoi mettre derrière ce mot à ce moment-là, je prends le temps d'observer, d'écouter et de partager avec ma collègue cadre avec qui je suis en binôme pendant les quatre premiers mois.

Dans un premier temps, je pensais que la période difficile que nous avons passé était la cause de ses arrêts à répétition, il était facile de le penser, mais par la suite j'ai pu échanger régulièrement avec les équipes, qui exprimaient plusieurs choses. Premièrement, le manque d'effectifs et il est vrai que les équipes étaient souvent au minimum, c'est-à-dire deux infirmiers et un aide-soignant pour trente patients. Plusieurs chambres d'apaisement, les patients sont souvent fermés, crient et tapent aux portes, l'ambiance est tendue. Les équipes étaient donc souvent tendues elles aussi. Nous pouvions percevoir au premier coup d'œil cette tension permanente de la part des soignants et un effet miroir sur les patients. Ils exprimaient régulièrement un manque d'écoute, je dirais même un manque de considération de la part de l'équipe médicale. J'ai souvent entendu, après un passage à l'acte hétéro-agressif d'un patient : « on répète qu'il ne va pas bien, mais on ne nous écoute pas ». De mon côté, j'ai souvent été surprise d'entendre cela, car je trouvais au contraire que l'équipe médical était très à l'écoute de l'équipe soignante. Il y avait très peu de décisions qui étaient prises sans leur aval, alors pourquoi une vision si différente des choses ? ils se plaignent aussi du manque d'activités thérapeutiques proposées aux patients. C'était effectivement le cas, pratiquement plus aucune activité n'est présente sur les plannings, j'ai cru dans un premier temps qu'il y avait un manque de temps, puisque les effectifs

étaient réduits, cela me semblait difficile de détacher plusieurs soignants pour mettre en place des activités thérapeutiques. Il me paraissait difficile en tant que cadre d'avoir un impact sur le manque d'effectif ou sur la vision de l'équipe sur les psychiatres du service mais par contre, travailler sur les activités thérapeutiques du service était une chose réalisable.

Avec l'accord de ma hiérarchie, j'ai proposé une réunion d'équipe pour rediscuter du manque d'activités et essayer de redynamiser cela. Nous nous sommes rendu compte avec ma collègue qu'il y avait un manque important d'investissement de la part de l'équipe. Je ne sais pas trop d'où cela venait et après seulement trois mois en tant que faisant fonction de cadre de santé, je ne savais pas encore comment aborder les choses avec l'équipe soignante sans paraître dans le jugement. Mon objectif était de redynamiser le service, et pour cela il nous fallait une équipe volontaire et investie dans ce projet. J'avais en face de moi une équipe voulant vraiment remettre leurs activités en place pour pouvoir donner du sens et de la qualité au travail, ce qu'ils faisaient au quotidien avec les patients, mais en même temps je ne sentais aucune motivation quand je leur demandais de travailler un projet thérapeutique, cela me semblait très paradoxal.

J'ai pris un peu de recul pour mieux observer et essayer de comprendre ce paradoxe. La charge de travail semblait parfois très importante, quand je parle de charge de travail, je fais référence à l'ensemble des actes que le soignant doit avoir à gérer sur son amplitude. Les actes « obligatoires » comme les soins quotidiens, la prise de traitements, les accompagnements extérieurs. Et les actes qui donnent tout le sens du travail en service de psychiatrie le soin relationnel : les entretiens médicaux et infirmiers, les temps d'échanges moins officiels. Je pouvais entendre que l'investissement personnel pouvait paraître important pour penser et créer une activité thérapeutique. Il fallait sûrement avoir à travailler ce projet sur son temps personnel, et je pense que c'était une partie du problème.

Comme j'ai pu l'écrire précédemment, les équipes étaient fatiguées et le désinvestissement dans leur travail (car la création, la mise en place et le suivi d'activités thérapeutiques est un des rôles d'un infirmier en psychiatrie) en était le résultat.

J'ai donc en face de moi une équipe désireuse d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés à travers la mise en place d'activités thérapeutiques, par exemple. Mais certains soignants, sans faire de généralités, sont complètement désinvestis dans leur travail, d'autres sont absents car en arrêt de travail depuis plusieurs semaines ou mois. Une équipe qui me semble en souffrance. Je prenais mon poste depuis seulement quelques mois, mais je m'interroge sur ma future prise de poste en tant que cadre et sur le positionnement du cadre de santé face aux risques psychosociaux et à l'épuisement professionnel des agents.

Je formule ma question de départ de la manière suivante :

De quelle manière le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante pour prévenir l'épuisement professionnel en service de psychiatrie ?

Je commence mes lectures par comprendre plus en détail ce que sont les risques psychosociaux et la place qu'ils ont actuellement dans notre société.

2 Le cadre de référence :

2.1 Les risques psychosociaux :

2.1.1 Définitions et généralités

Les risques psychosociaux n'ont pas une mais plusieurs définitions. Ils sont définis par le ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion comme étant : « *un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans les conditions d'emploi, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail.*⁴ ». Pour l'INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), ils sont « *la combinaison d'un grand nombre de variables, à l'intersection des dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle, d'où leur complexité et leur caractère souvent composite* »⁵. Pour mieux comprendre les risques psychosociaux, nous allons voir les facteurs de risques.

2.1.2 Les facteurs de risques :

Selon le rapport de Gollac, nous pouvons trouver six grands facteurs de risques psychosociaux.

- ◆ Le premier est **l'intensité et le temps de travail**. La surcharge de travail peut être « quantitative » ou « qualitative »⁶. D'un point de vue quantitatif, cela représente la charge de travail trop importante dans un délai de production beaucoup trop court. C'est également le fait de travailler sous pression permanente. D'un point de vue qualitatif, la surcharge de travail peut être représentée dans les professions « aidantes » comme étant la confrontation permanente à la douleur, aux plaintes ou à la passivité des patients, sans pouvoir agir de manière satisfaisante. De manière plus large, nous pouvons évoquer dans ces facteurs de risques tous ce qui est en lien avec les contraintes liées au rythme de travail et la manière dont nous devons réaliser une tâche.

⁴ <https://travail-emploi.gouv.fr/sante-au-travail/prevention-des-risques-pour-la-sante-au-travail/article/risques-psychosociaux>

⁵ <http://www.preventica.com/dossier-risques-psychosociaux-definition.php>.

⁶ « Épuisement professionnel et burn-out : concepts, modèles, interventions » Truchot. Page 75.

- ◆ Le facteur de risque lié à **l'exigence émotionnelle** représente le fait de devoir gérer ses propres émotions, de les masquer ou les restreindre. L'exigence émotionnelle est présente dans beaucoup de métiers où le contact avec d'autres personnes est très présent. C'est le cas dans les métiers du soin.
- ◆ **Le manque d'autonomie**, quant à lui, se rapporte au fait d'être acteur dans son travail ou dans les décisions liées à son activité. Nous pouvons faire le lien ici avec la « latitude décisionnelle » que l'on retrouve dans le modèle de Karasek (nous l'aborderons dans un autre chapitre). Le manque d'évolution de carrière ou de ses compétences peut également amener un individu à ressentir un manque d'autonomie sur son lieu de travail.
- ◆ Dans le bien-être au travail, il est important d'avoir de bons rapports sociaux avec ses collègues ou sa hiérarchie. Il est important pour les individus que l'acquisition de compétences soit reconnue, si cela n'est pas le cas, **les rapports sociaux** peuvent en être dégradés et devenir un des facteurs de risque.
- ◆ Nous pouvons également retrouver le **conflit de valeurs** comme risque psychosocial. Si le travail effectué est en désaccord avec notre vision, nos valeurs professionnelles, sociales ou même personnelles.
- ◆ Le sixième et dernier facteur de risque que nous retrouvons dans le Rapport de Gollac est celui lié à **l'insécurité de la situation de travail**. L'insécurité socio-économique, la flexibilité des horaires de travail ou encore sur les sites de travail peut engendrer un stress important pour les employés.

2.1.3 Le contexte hospitalier actuel :

Dans le milieu hospitalier, les Groupements hospitaliers territoriaux (GHT) de 2016 peuvent engendrer pour les soignants une insécurité. On demande de plus en plus souvent aux soignants de pouvoir être polyvalents. Ce qui permet de pouvoir remplacer dans plusieurs services et parfois sur un site différent de leur affectation mais dépendant du GHT. En psychiatrie, les soignants sont amenés également à être polyvalents. Ils peuvent être amenés à remplacer sur des secteurs différents de leur affectation. Un soignant d'intra hospitalier peut se voir remplacer en extra hospitalier où les missions sont très différentes. Cela provoque-t-il une certaine insécurité pour le soignant ?

Lors d'un entretien exploratoire avec un infirmier en service de psychiatrie j'ai pu faire le lien avec ses différents facteurs de risque et notamment sur l'intensité et le temps de travail. L'infirmier m'expliquait ne plus avoir le contrôle sur ses horaires de travail et le changement fréquent de ceux-ci était source de stress pour lui. Il me parle aussi des changements d'affectation quasiment hebdomadaire. L'idée d'arriver sur son lieu de travail sans savoir s'il fera son amplitude horaire dans son service. Il a l'impression de ne pas pouvoir s'occuper des patients de la bonne manière, m'étant en avant le lien de confiance qu'il doit créer avec un patient tout au long de l'hospitalisation. Il dit « *depuis une année j'ai l'impression de ne pas pouvoir passer une semaine dans mon service sans devoir aller renforcer un autre service et cela toujours au dernier moment* ». Je fais le lien ici avec l'insécurité de la situation de travail. Lors de cet entretien je me rends compte que les situations qui provoquent du stress et pourraient engendrer à terme un épuisement professionnel sont souvent en lien avec l'organisation du travail. Les RPS se traduisent de différentes manières pouvant aller d'un stress dit chronique à l'épuisement professionnel. Pour rappel ma question de départ porte sur la prévention du risque d'épuisement professionnel. Nous allons dans la partie suivante développer de manière plus précise ce qu'est l'épuisement professionnel et ce qui le caractérise.

2.2 L'épuisement professionnel :

L'une des premières définitions de l'épuisement professionnel sera donnée par Herbert Freudenberger⁷ dans les années quatre-vingt. Il le définira : « *comme un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la déviation à une cause, un mode de vie, ou une relation qui échoue à produire des récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail* »⁸. Quelques années plus tard, dans les années quatre-vingt-dix, Christina Maslach⁹, le définira elle aussi comme étant : « *un syndrome d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui*¹⁰ ».

⁷ Herbert Freudenberger est un psychologue et psychothérapeute américain. Il est l'un des premiers à décrire les symptômes de l'épuisement professionnel et à mener une étude complète à ce sujet.

⁸ « Épuisement professionnel et Burn out : concept, modèle, intervention » de Didier Truchot. Consulté le 19 novembre 2022

⁹ Christina Maslach est une psychologue américaine spécialisée dans les domaines de l'épuisement et le stress au travail.

¹⁰ « Épuisement professionnel et Burn out : concept, modèle, intervention » de Didier Truchot. Consulté le 19 novembre 2022

Ses deux définitions s'accordent sur le fait que l'épuisement professionnel est le résultat de situations de travail trop « exigeantes » qui provoquent des répercussions à la fois émotionnelles, physiques et psychiques sur l'individu qui en souffre.

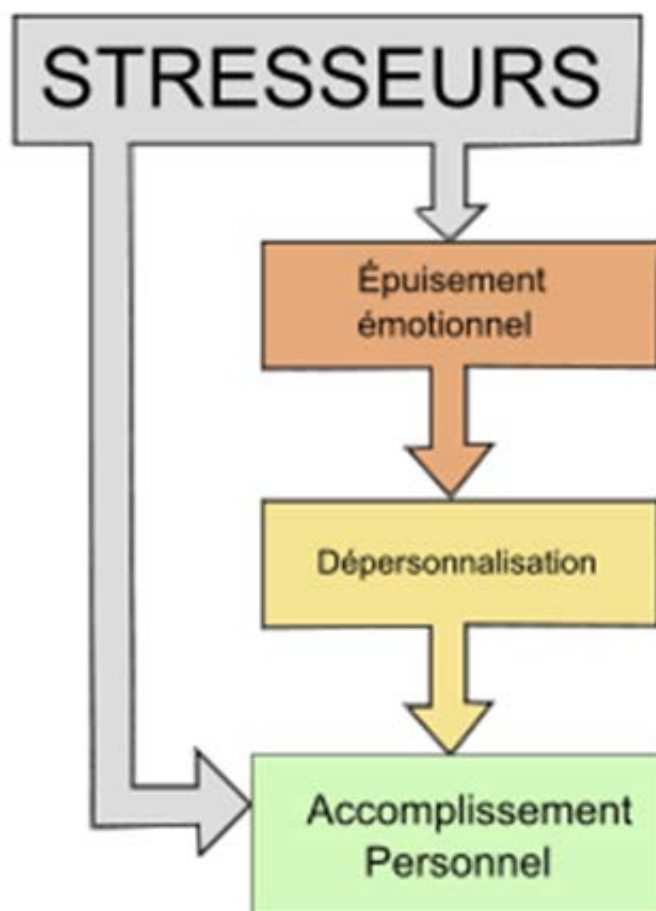
Par la suite Christina Maslach, écrira dans un texte de 1993, comment les recherches qu'elle menait dans les années soixante-dix l'ont conduite un peu par hasard à découvrir l'épuisement professionnel. En effet, elle a fait plusieurs recherches auprès d'un groupe de soignants et par la suite d'avocats. Ces études lui ont permis d'émettre l'hypothèse que travailler auprès d'individus, dans une relation d'aide était le cœur du phénomène de l'épuisement professionnel. Elle situe donc les causes de l'épuisement professionnel dans l'environnement de travail, à l'inverse de Freudenberg qui insiste davantage sur les facteurs personnels.

Ces recherches auront permis de mettre en évidence trois dimensions fondamentales dans l'épuisement professionnel que nous allons clarifier ci-dessous mais également l'élaboration d'un outil de mesure de l'épuisement professionnel que nous détaillerons dans la partie suivante.

2.2.1 Un syndrome tridimensionnel :

- **L'épuisement émotionnel** peut correspondre à un manque d'énergie. La personne se sent comme « vidée », une fatigue importante qui ne peut pas être améliorée par le sommeil. L'individu n'a plus d'entrain et de motivation face à son travail qui peut devenir une véritable corvée pour lui. A ce jour, l'épuisement émotionnel est considéré comme un élément central dans le processus qui conduit à l'épuisement professionnel.
- **La dépersonnalisation** se traduit par un détachement, une attitude impersonnelle pouvant aller jusqu'au cynisme envers les personnes prises en charge. La déshumanisation peut être considérée comme un mode de protection de soi quand il devient le seul « outil » permettant les interactions sociales. Pour le personnel soignant, cela peut s'exprimer par le fait de voir le malade comme un objet, il s'agit d'un cas ou d'un numéro et la relation d'aide, l'interaction sociale n'est plus une priorité.
- **La diminution de l'accomplissement personnel** est le sentiment de ne pas être efficace, de ne plus être à la hauteur. Cela concerne la dévalorisation totale ou partielle de ses capacités et de ses compétences et l'estime de soi diminue. Chez le personnel soignant, c'est aussi une conséquence douloureuse de la dépersonnalisation.

En effet, la relation à l'autre étant un pilier du travail soignant et de sa motivation, alors par la distanciation apparente, le soignant va alors se sentir coupable et même se démotiver.



Ces trois facteurs ont permis l'élaboration d'une échelle qui permet de mesurer l'épuisement professionnel. Nous allons la détailler dans la partie suivante, elle figure également en annexe 1.

2.2.2 Maslach Burnout inventory. (MBI)

Cette échelle est construite de manière très simple, ce qui permet de mesurer facilement le degré d'épuisement professionnel et d'en étudier les causes. Elle se compose de vingt-neuf items, classés en fonction de trois grandes dimensions vues précédemment. Nous distinguons neuf items en lien avec l'épuisement émotionnel, cinq pour la dépersonnalisation et huit pour l'accomplissement personnel. Pour évaluer l'intensité du phénomène décrit dans les items, la personne interrogée indique la fréquence à laquelle elle ressent le sentiment en question, allant de « jamais » à « tous les jours ».

Cette échelle de mesure est à ce jour utilisée comme test psychologique aux Etats-Unis mais la traduction Française n'a pas donné de version similaire. Elle ne peut donc pas être utilisée dans un cadre médical permettant un diagnostic individuel. Certaines propositions de modifications ont été faites (LHEUREUX 2017¹¹) pour améliorer ses qualités et notamment la suppression de plusieurs items. Le MBI reste néanmoins largement utilisé dans les recherches scientifiques.

2.3 Les outils d'évaluation :

Afin de repérer les risques psychosociaux et plus particulièrement l'épuisement professionnel, plusieurs outils d'évaluation existent. Ce qui permet une analyse.

Un modèle bien connu est celui de Karasek créée en 1979. Sous forme d'auto-questionnaire, il repose sur deux dimensions principales.

- La première est : « *les exigences psychologiques* »¹² c'est-à-dire les contraintes ou encore la charge de travail.
- La deuxième est : « *la latitude décisionnelle* »¹³ qui représente la possibilité d'exercer un contrôle sur son activité.

Le modèle de Karasek mesure l'impact qu'il peut y avoir quand il y a un déséquilibre entre ces deux dimensions.

Le schéma ci-dessous¹⁴ explicite l'hypothèse de Karasek selon laquelle le stress professionnel serait l'addition d'une forte **demande psychologique** et d'une faible **latitude décisionnelle**.

¹¹ The Maslach Burnout Inventory – Human services survey (mbi-hss): factor structure, wording effect and psychometric qualities of known problematic items (cairn)

¹² « Épuisement professionnel et burn-out : concepts, modèles, interventions » Truchot page 93

¹³ « Épuisement professionnel et burn-out : concepts, modèles, interventions » Truchot page 93

¹⁴ Cours « les risque psychosociaux et management » du 8 novembre 2022. ECUE 4.3. Mme GIRAUD Monique



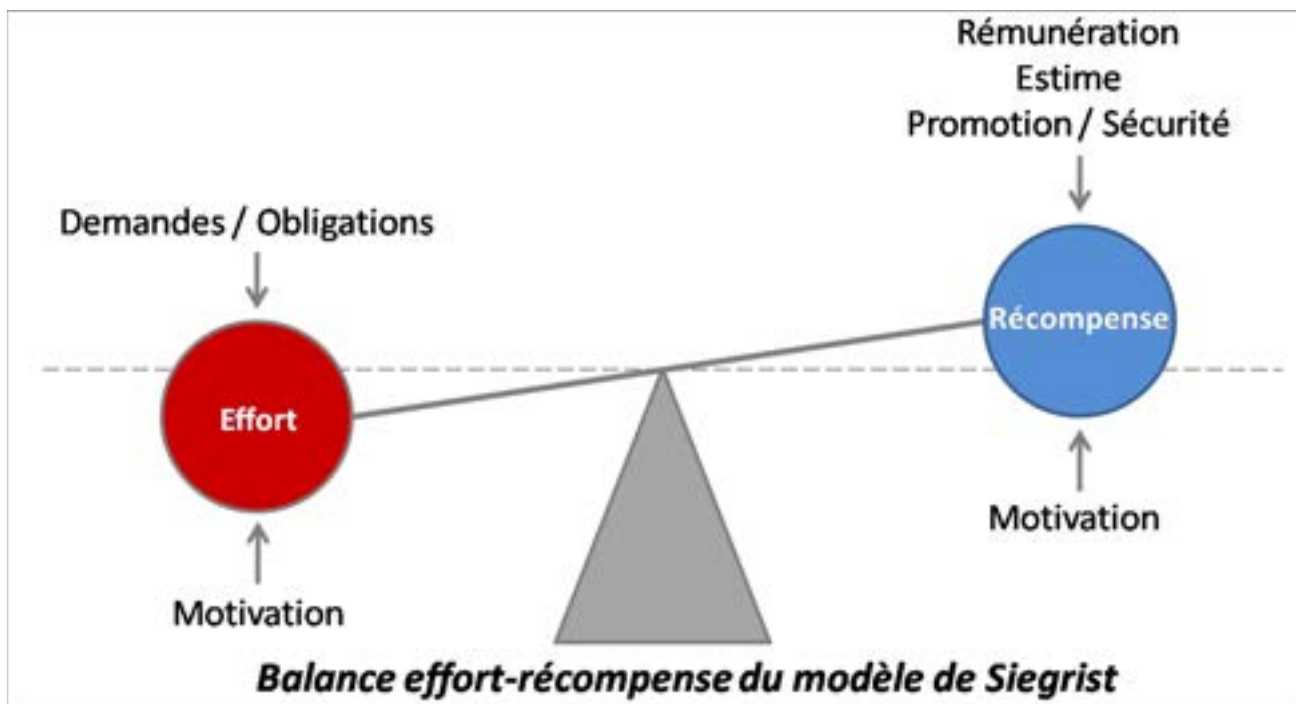
D'autres modèles d'évaluation, comme celui de Siegrist, apparus presque vingt ans plus tard (1996) se basent sur l'équilibre effort-récompense. Il considère que les efforts fournis au travail peuvent être une forme de contrat de réciprocité sociale ou l'individu obtient des « récompenses ».

Il prend en compte deux types d'efforts :

- **Les efforts intrinsèques** : qui correspondent à la personnalité de l'individu, comme par exemple son surinvestissement dans une tâche ;
- **Les efforts extrinsèques** : qui correspondent à une certaine demande psychologique que nous pouvons retrouver dans le modèle de Karasek.

La notion de récompense prend en compte le salaire, la sécurité de l'emploi, la montée en compétences, l'estime de soi, etc.

Par conséquent, le déséquilibre entre l'effort et la récompense entraînent des conséquences psychologiques et/ou physique sur l'individu.



2.3.1 : Lien avec le cadre contextuel des services hospitaliers :

Lors d'un entretien exploratoire que j'ai pu faire avec le psychologue du travail d'un établissement de santé psychiatrique, il a pu me faire part de ses manières de travailler face à l'épuisement professionnel des agents. Le psychologue du travail s'appuie essentiellement sur l'échelle de KARASEK pour évaluer le niveau de stress des agents hospitaliers.

Il met également en place des formations sur les risques psychosociaux auprès des cadres de santé de son établissement. Il m'explique que cette formation est proposée depuis deux années. Il souhaite, à travers cette formation, « laisser un espace d'échange et de prise de parole au cadre de santé victime ou faisant face à des situations de RPS au sein de leur service », mais également « sensibiliser les cadres de santé aux RPS et à la prévention ».

Nous avons pu échanger également sur l'augmentation du nombre de soignants qu'il rencontre au sein de cet hôpital. Il constate depuis les deux dernières années avoir de plus en plus de soignants qui prennent rendez-vous avec lui de manière spontanée pour des troubles liés au stress et au surmenage. Le psychologue fait le lien avec la formation qu'il met en place depuis environ le même nombre d'années, il me dit : « *le travail de prévention est enclenché, il faudra encore beaucoup d'efforts* ». Il travaille en lien avec le service de santé au travail et constate également que les arrêts de travail en lien avec des accidents de travail ou des maladies professionnelles sont en augmentation au sein de l'établissement mais ne peut pas me fournir de chiffres plus précis à ce sujet.

2.4 Les conséquences :

Les conséquences restent difficilement mesurables et évaluables. « *Les chiffres sont vraisemblablement bien supérieurs, car cette estimation ne tient pas compte des coûts qualitatifs pour l'individu et en particulier de la souffrance et de la perte de bien-être qui peuvent représenter jusqu'à deux fois les coûts des soins et des pertes de richesse* »¹⁵

Selon Suzanne PETERS¹⁶, il existe trois types de coûts :

- **Les coûts directs**, c'est-à-dire tout ce qui est en lien avec l'absentéisme, les arrêts maladie, les accidents de travail ou encore les suicides dans les cas extrêmes. Dans les coûts directs, nous pouvons aussi inclure les démissions.
- **Les coûts indirects**, comme la perte de motivation pour les soignants d'un service. Elle peut entraîner une perte de qualité des soins. De manière plus général une perte de productivité, ce qui peut engendrer une augmentation des conflits.
- **Les coûts cachés**, qui apparaissent lors de l'augmentation des conflits au sein d'une équipe, ce qui aura un effet néfaste sur le climat professionnel. Dans le même esprit, la perte de motivation peut engendrer une influence négative sur l'image de l'équipe voire même de l'hôpital.

L'épuisement professionnel a donc un coût pour les individus et les établissements dans lesquels ils exercent. Ce coût se traduit de manière économique et par la qualité de la prise en charge des patients. Ces conséquences ont poussé le gouvernement et les pouvoirs publics à s'intéresser à cette problématique. C'est ce que nous allons voir dans la prochaine partie.

¹⁵ ZAWIEJA Philippe. Le burn out. Paris : Presses Universitaires de France, 2015

¹⁶ PETERS Suzanne. Le burn out ou l'épuisement professionnel, American chamber of commerce- France, 28 janvier 2008

2.5 Évolution du cadre juridique :

L'un des premiers textes de loi visant à promouvoir la santé au travail fut mis en place en 1989 avec la directive européenne portant sur l'obligation de sécurité au travail.¹⁷.

2.5.1 Loi de modernisation :

La loi de modernisation de 2002 reconnaît les risques psychosociaux comme des maladies professionnelles. Une nouvelle section sur le harcèlement est également ajoutée au code du travail, elle est définie comme suit :

- ◆ Harcèlement moral aux articles L-1152-1 et L-1152-6
- ◆ Harcèlement sexuel aux articles L-1153 à l'article L-1156

La loi prévoit des mesures de lutte contre le harcèlement et certaines sanctions :

- ◆ Sur le plan pénal (code pénal, Art. 222-33-2). Cet article prévoit un an de prison et 15 000 euros d'amende pour l'harceleur.
- ◆ Sur le plan disciplinaire pour l'harceleur.
- ◆ Sur le plan administratif (code du travail art. L-1152-3) : la nullité de la rupture de contrat résultant d'une situation de harcèlement.

2.5.2 Les obligations de l'employeur :

De manière générale, un employeur a un « devoir général de sécurité » envers ses employés. Cela signifie qu'il doit prendre toutes les mesures nécessaires et appropriées pour assurer la sécurité des employés et aussi pour protéger leur santé physique et mentale. (Code du travail, Art. L-4121-1 à 5)

En d'autres termes, si l'employeur n'a pas eu conscience de mettre en danger ses employés et n'a donc pas mis en œuvre les mesures de protections nécessaires, il commet alors une faute inexcusable qui engage alors sa responsabilité. (Code de la sécurité sociale, Art. L-452-1)

¹⁷ <https://www.legifrance.gouv.fr>

Le code du travail, articles L-4121-1 à 5, prévoit que l'employeur doit mettre en œuvre :

- ◆ Des actions de prévention des risques professionnels.
- ◆ Des actions, informations et formations.
- ◆ La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Les chefs d'établissements se basent sur le DUERP (Document Unique d'Évaluation des Risques Professionnels) qui fait référence au code du travail art L-4121-2, sur les fondements des principes généraux de prévention suivants :

- ◆ Éviter les risques ;
- ◆ Évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- ◆ Combattre les risques à la source ;
- ◆ Adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- ◆ Tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- ◆ Remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- ◆ Planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants, notamment les risques liés au harcèlement moral et au harcèlement sexuel, tels qu'ils sont définis à l'article L.1152-1
- ◆ Prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- ◆ Donner les instructions appropriées aux travailleurs.

2.5.3 Les accords nationaux interprofessionnels (ANI) :

En 2004, les partenaires sociaux européens ont signé un accord sur le stress au travail dans le cadre de l'art 138 du traité de CE. Cet accord fut transposé dans le droit français en 2008 avec l'ANI signé le 2 juillet 2008. Il met l'accent sur certaines dispositions et particulièrement sur les mesures de prévention.

Cet accord a ensuite été prorogé par le décret du 23 avril 2009, publié au journal officiel le 6 mai 2009. L'article 1er est ainsi libellé : « *sont rendues obligatoires, pour tous les employeurs et tous les salariés, compris dans son champ d'application, les dispositions de l'accord interprofessionnel sur le stress au travail du 2 juillet 2008* ».

L'accord met en avant :

- ◆ L'objet de l'accord.
- ◆ La description du stress au travail.
- ◆ L'identification des problèmes liés au stress.
- ◆ La responsabilité de l'employeur et des travailleurs.
- ◆ La suppression, réduction et prévention des problèmes de stress au travail.
- ◆ La mise en œuvre et le suivi.

« *L'Accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail* » fut signé le 9 décembre 2020. Il met l'accent sur le rôle que doit jouer la prévention primaire au sein des entreprises, encore trop peu développée. Plusieurs pistes de travail y sont abordées pour promouvoir cette prévention en restant au plus proche de la réalité des terrains.

2.5.4 Plan santé travail :

Le premier plan santé au travail se mettra en place en 2005, puis tous les cinq ans.

- ◆ Le premier plan santé « engage, pour les cinq années à venir, une nouvelle dynamique afin d'améliorer durablement la prévention des risques professionnels. Son but est de faire reculer ces risques, sources de drames humains et de handicaps économiques, et d'encourager la diffusion d'une véritable culture de prévention dans les entreprises ». ¹⁸.
- ◆ Les deux autres plans santé au travail 2010/2014, 2016/2020 resteront dans le même axe : développer la prévention des risques professionnels et l'amélioration constante de la qualité de vie au travail.
- ◆ Le PST 4 2021/2025 (plan santé travail 4^e génération) a été présenté en 2021 et son élaboration s'appuie sur le bilan du PST 3. Ce dernier plan santé au travail met l'accent sur le développement de la prévention primaire au sein des entreprises, ce qui fait le lien avec les ANI (Accord nationaux interprofessionnels) de 2020.

Cet effort législatif se poursuivra en 2022 avec la loi santé au travail mise en vigueur le 31 mars 2022. Nous retrouvons dans cette loi le renforcement de la prévention au sein des entreprises, notamment en renforçant les actions de la médecine du travail.

2.5.5 La certification des établissements de santé :

Depuis 1996, la certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire en application des articles L.6113-3 du code de la santé publique. Elle est faite par l'HAS (la Haute autorité de santé) et permet de garantir le niveau de qualité des soins et le niveau de sécurité de tous les établissements publics et privés du territoire. La certification est réalisée tous les quatre ans par les experts visiteurs qui sont des professionnels mandatés par la HAS. En 2020, la certification s'est transformée pour permettre de mieux répondre aux enjeux actuels en termes de qualité et de sécurité des soins.

Le référentiel est composé du référentiel V2023, des fiches descriptives des critères ainsi que des fiches pratiques pour les phases de mises en œuvre.

¹⁸ <https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/PST.pdf> page 5

La version 2023 intègre une partie importante sur la qualité de vie au travail des agents de l'établissement¹⁹, et notamment le critère 3-5.01 qui évalue si : « la gouvernance a une politique de qualité de vie au travail. »

Ce critère tient notamment compte de ce qui est mis en place (groupes de discussion collective, groupes de travail) au sein des services dans le but d'échanger et de mieux organiser les conditions de travail des soignants, il prend également en compte la présence ou non de dispositifs de soutien pour les professionnels de l'établissement.

Cette dernière version de la certification a donc évolué pour permettre d'intégrer au sein de son évaluation la qualité de vie au travail des agents hospitaliers et les mesures mises en place pour l'améliorer.

Comme nous avons pu le voir dans cette partie, la législation en matière de risques psychosociaux a beaucoup évolué ces vingt dernières années. Nous avons pu constater que la prévention occupe un enjeu majeur en termes de risques psychosociaux et d'épuisement professionnel. Dans la partie suivante, nous allons détailler les différents niveaux de prévention actuels. A ce stade de mes recherches et de mes lectures, je m'interroge sur la manière dont le cadre peut intervenir en termes de prévention ? Et à quel niveau de prévention est-il le plus à même d'intervenir ?

2.6 La prévention :

C'est au travers de la définition de la santé²⁰ décrit par l'organisation mondiale de santé (OMS) en 1948 que nous voyons apparaître à la même époque la prévention. Elle se définit comme étant : « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps* ». L'OMS a distinguée trois types de prévention : primaire, secondaire et tertiaire. Nous retrouvons ces trois types de prévention dans le domaine de la santé au travail. Nous allons les détailler ensemble.

Au niveau des institutions, il existe plusieurs acteurs de prévention. Nous allons voir les principaux :

¹⁹ Voir annexe 2.

²⁰ Selon l'OMS la santé est : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

- **Les représentants du personnel** siégeant au CSE (comité social et économique). Leurs missions sont de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés. Ils interviennent également dans l'amélioration des conditions de travail.
- **Le médecin du travail** : son rôle n'est pas seulement de constater l'inaptitude d'un agent. Il joue un rôle dynamique dans la « *recherche des facteurs collectifs de souffrance et dans l'élaboration de stratégies de prévention collectives* ».21
- **Le psychologue du travail** : il peut intervenir de manière collective à la demande de l'encadrement, mais intervient de manière personnalisée et individuelle auprès des agents le nécessitant.
- L'encadrement avec entre autre les **cadres de santé de proximité** ou/ et **cadres supérieurs de santé**.

Tous ces acteurs peuvent participer aux actions de prévention développées ci-dessous.

2.6.1 Prévention. Primaire ou « à la source » :

La prévention primaire est définie de manière générale en santé publique comme étant : « *l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire la survenue ou l'incidence des maladies, des accidents ou des handicaps* » La prévention primaire en santé au travail a pour but de prévenir l'épuisement professionnel en éliminant ou en réduisant ses sources. En d'autres termes, il s'agit de mettre en place des mesures préventives pour tous les employés afin d'éviter le développement d'un stress chronique, qui peut conduire ultérieurement à l'épuisement professionnel. Ces mesures sont principalement liées à l'organisation du travail et à son environnement

Redéfinir un poste de travail, un rôle, redéfinir l'environnement physique, permettre une meilleure participation aux prises de décision sont autant de facteurs sur lesquels nous pouvons agir au niveau de la prévention primaire et sur lequel le cadre de santé pourrait agir.

²¹ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. Paris : Masson, 4eme édition, 2008

Certaines pistes sont apportées par M. Canoui et Mme Mauranges,²² , notamment sur les facteurs liés à l'organisation du travail et environnementaux.

2.6.1.1 Facteurs liées à l'organisation du travail :

- **L'interruption des tâches.** Les soignants sont effectivement très souvent sollicités (téléphone, demandes de collègues, patients ou familles) quand ils effectuent une tâche nécessitant de la concentration. Le fait d'interrompre une tâche pour ensuite devoir la reprendre peut constituer pour les soignants un dysfonctionnement qui engendrera sur le long terme une fatigue du point de vue de la relation soignant/soigné, cette interruption de tâche peut nuire à cette relation, notamment en psychiatrie où la relation soignant/soigné est au cœur de la prise en charge des patients, notamment au vue de l'aspect chronique des pathologies prises en charge.
- **L'ambiguïté des rôles.** Lorsqu'un soignant doit effectuer un rôle non défini sur sa fiche de poste, cette ambiguïté peut générer du stress dû à la difficulté. Nous rencontrons cela notamment en cas de manque de personnel. Quand la situation se répète, cela peut engendrer de la souffrance pour le personnel.

2.6.1.2 Facteurs liés à l'environnement :

- **Le milieu :** les aménagements du service sont importants pour les soignants. « *le milieu s'inscrit dans la liste des critères ergonomiques retenus comme dysfonctionnels dès lors que les conditions physiques, biologiques ou chimiques, mais aussi d'hygiène et de sécurité, se révèlent non appropriées* »²³.
- **Les matières premières :** la dotation de matériel en quantité adaptée. Leur manque est facteur de stress et épuisant pour les soignants sur le long terme.

²² CANOUI, P ., MAURANGES A., *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, de l'analyse du burn out aux réponses.* 2^{ème} éd. Paris : Masson, 2001

²³ CANOUI Pierre, MAURANGES Aline. *Le burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants.* Paris : Masson, 4eme édition, 2008

- **Le matériel** : il doit être adapté aux prises en charge et ergonomique.
- **Les méthodes de travail** : l'introduction de nouvelles technologies comme l'informatisation du dossier patient a changé les méthodes de travail des soignants. Une préparation de l'équipe et une formation sont nécessaires pour que le changement ne provoque pas de stress chez les soignants.
- **La main d'œuvre** : présence de soignants en nombre et en compétences suffisantes.

2.6.2 Prévention secondaire ou « corrective » :

La prévention secondaire a pour objectif de limiter les risques de manière collective. Dans la prévention secondaire, nous intervenons contre les symptômes pour prévenir au mieux les dommages après avoir ciblé les groupes de personnes les plus exposés et avoir identifié les sources de tensions. Afin de consolider cette démarche, un plan d'action peut être mis en place avec les différents acteurs cités ci-dessus. Différentes ressources peuvent être mises en place.

Comme ressources, nous pouvons trouver : la communication de qualité, et le rôle de soutien sera aussi important. Lors de sa thèse²⁴, Caroline RHUILLIER met en évidence deux types de soutien. L'aide tangible (information) et intangible (émotionnelle). Elle identifie aussi deux formes de soutien :

- Le soutien horizontal qui correspond au soutien apporté par les collègues de travail. On retrouve **le soutien émotionnel**, **le soutien d'estime de soi** qui permet de valoriser les compétences de l'individu. **Le soutien informel**, avec l'apport de conseils et enfin **le soutien matériel** qui correspond à un apport concret par de l'aide en temps ou en travail.
- Le soutien vertical correspond quant à lui au soutien de la hiérarchie. On retrouve ici **le soutien d'autorité**, qui permet de valoriser les efforts de l'individu face à nos attentes, **le soutien réceptif** par une écoute active

²⁴ RUILIER Caroline. Le soutien social au travail : conceptualisation, mesure et influence sur l'épuisement professionnel et l'implication organisationnelle : l'étude d'un cas hospitalier. Thèse de sciences économiques et de gestion. Université de rennes 1. 2008

de la part de la hiérarchie, **le soutien d'initiative** qui permet de valoriser l'autonomie de l'agent, et enfin **le soutien matériel** qui correspond à un apport concret. Il a pour but l'amélioration des conditions de travail et l'amélioration de la cohésion d'équipe.

2.6.3 Prévention tertiaire :

Même si le terme de prévention est utilisé pour qualifier ce type d'intervention, il est en fait peu pertinent. Il concerne uniquement les personnes en arrêt maladie, atteintes d'épuisement professionnel. La prévention tertiaire vise à analyser avec la personne les causes qui l'ont conduite à l'épuisement professionnel, pour pouvoir les identifier et les corriger afin que la personne puisse reprendre son travail dans les meilleures conditions possibles.

De ce point de vue, il s'agit plutôt de traiter et non de prévenir. La prévention intervient plus particulièrement au niveau du risque de rechute, il est important de faire un point régulièrement avec la personne sur sa situation.

Le cadre de santé étant un des acteurs de la prévention, je présenterai donc son rôle dans la prochaine partie.

2.7 Rôle de cadre de santé :

Henry Mintzberg, cite Strong en 1965 pour définir le travail du cadre : « *le cadre planifie, organise, motive, dirige et contrôle* ». Il s'appuie sur « *la prévision, l'ordre, la direction, l'intégration des efforts et l'efficacité aux contributions des autres* »²⁵ .

« *Situé entre l'organisation et son environnement* », le cadre occupe en complément des tâches citées par Strong, plusieurs rôles lui permettant de répondre à ses responsabilités.

Les rôles sont définis comme « *un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable* ».²⁶ Ils sont au nombre de dix, classés selon 3 thématiques. Nous allons développer celles qui me semble les plus pertinentes dans la prévention de l'épuisement professionnel :

²⁵ Mintzberg, 1986/2006, p.15.

²⁶ Sarbin & Allen, 1968, cité par Mintzberg, 1984/2006.

- Le rôle de « leader » :

« L'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation. Dans son rôle de leader, le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera. »²⁷ Nous pouvons constater à travers ce passage que le rôle de leader est un majeur. Il me semble important de travailler dans une atmosphère calme et sereine, cela permettant d'améliorer la qualité de vie au travail. Le rôle de leader permet également de donner un but et une organisation au cadre de santé.

- Le rôle « d'observateur actif » :

« Le cadre est en permanence en train de chercher et recevoir des informations qui lui permettent de mieux comprendre ce qui se passe dans son organisation et dans l'environnement. Il est en quête d'informations afin de détecter les changements, d'identifier les problèmes et les opportunités... »²⁸. Ce rôle fait partie des rôles liés à l'information, il permet au cadre de santé d'être dans une observation active ayant pour but de réagir rapidement dès la survenue de tensions. Le rôle d'observateur actif permet également de répondre au niveau trois de prévention, notamment dans la recherche de causes ayant amené un soignant à l'épuisement professionnel.

- Le rôle de « diffuseur ».

« Le cadre transmet des informations de l'extérieur vers son organisation d'une part, et d'autre part d'un subordonné à un autre à l'intérieur de son organisation »²⁹ La transmission d'informations n'est possible que si la communication est de bonne qualité. La diffusion d'informations permet d'éviter toute forme de stress quand un changement à lieu dans un service.

- Le rôle de « répartiteur des ressources » :

Ce rôle est lié au rôle décisionnel du cadre de santé et comprend selon Mintzberg : « l'argent, le temps, le matériel, l'équipement, la main d'œuvre ». En psychiatrie, la gestion des ressources par la cadre de santé à un impact direct sur la prise en charge des patients, que ce soit par le biais d'une augmentation ou diminution des ressources en personnel, ou une augmentation de budget qui permettrait plus de soins spécifiques comme la mise en place d'activités ou de séjours thérapeutiques. Les moyens matériels

²⁷ MINTZBERG Henry. Les dix rôles du cadre. Paris : Edition d'Organisation, Eyrolles, 2010, Sixième tirage.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid

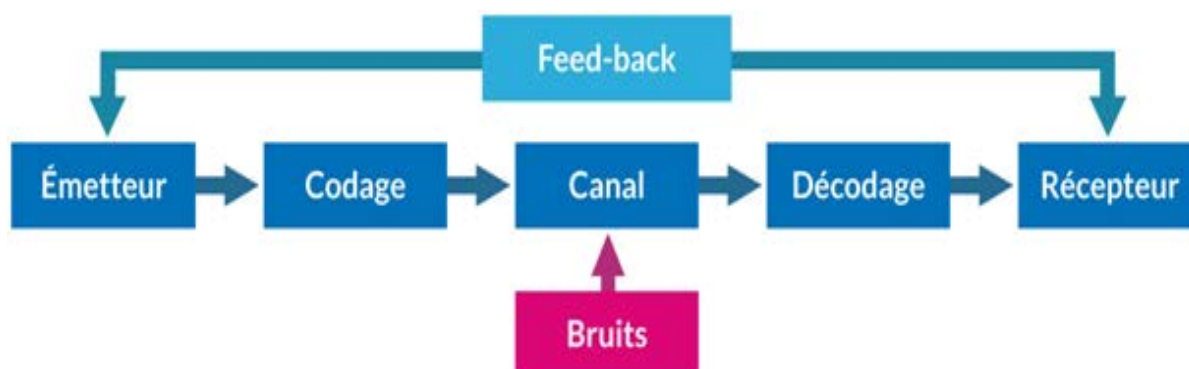
et/ou humains peuvent être augmentés ou diminués ce qui peut provoquer une source de stress chez les soignants.

L'une des choses essentielles que nous pouvons retrouver dans beaucoup de rôles du cadre de santé est en lien avec la communication. Nous allons le développer dans la prochaine partie.

2.8 La communication :

2.8.1 Généralité de la communication verbale :

Le dictionnaire Larousse définit la communication comme : « Action, fait de communiquer, de transmettre quelque chose ». Elle détermine l'action de communiquer comme un processus, le schéma ci-dessous nous l'illustre :



Nous pouvons constater que la communication commence par un émetteur et va vers un récepteur. Le message doit passer par le « codage » pour être compris. Il faut que le message transmis soit compatible avec les moyens de communications disponibles. Le support de communication c'est le « canal ». Le récepteur doit s'appropriier et comprendre le message, c'est la phase de « décodage ». Il peut être utile de reformuler du récepteur vers l'émetteur on appelle cela le « feed-back ». Ce processus permet de comprendre le fonctionnement de la communication verbale.

La communication verbale peut se traduire de différentes manières en service de soins :

- Lors des **transmissions orales**. Ce temps d'échange entre équipes qui permet aux soignants de transmettre les informations qui assurent la bonne prise en charge des patients. Ce temps est indispensable en service de psychiatrie pour rester cohérents face à certains patients qui peuvent avoir tendance à cliver les équipes.

- Lors de « **staffs** », qui permettent échanges et écoute entre professionnels pluridisciplinaires qui permettront d'établir au mieux le projet de soin de chaque patient en prenant en compte l'aspect médical, paramédical et social des patients pris en charge au sein du service. Les staffs permettent également de faire le lien avec les équipes extrahospitalières et le service d'hospitalisation. Cela permet de préparer les sorties des patients ainsi que leur prise en charge extérieure dans les meilleures conditions possibles.
- Lors de « **réunions d'équipe** », qui permettent au cadre de santé de communiquer de manière descendante les dernières informations importantes.
- Lors **d'espaces de discussion** au sein des unités : afin de favoriser la communication, l'équipe soignante se réunit dans un lieu défini et souvent animé par un psychologue. Il permet à chaque soignant qui le désire de s'exprimer librement sur ce qui pourrait être source de difficulté pour lui. Il peut s'agir d'un groupe sur plusieurs séances, avec les mêmes intervenants. En psychiatrie, il peut survenir des situations de crise notamment à la suite d'un passage hétéro-agressif sur les soignants ou une tentative de suicide au sein du service. La mise en place d'un espace de discussion peut alors être nécessaire.
- Lors **d'entretiens formels** avec le cadre de santé, pendant les entretiens annuels d'évaluation. Ils peuvent permettre aux soignants de verbaliser des difficultés mais également leurs attentes. Ils permettent aussi de formuler des objectifs pour l'année suivante, ce qui pourra être source de motivation. C'est également lors de cet échange que le cadre met en avant le travail effectué durant l'année et l'évolution des compétences des agents.

2.8.2 La communication non verbale :

Selon une étude d'Albert Merhabian³⁰, la communication non verbale représente 90% de la communication.

La communication non verbale regroupe tous les échanges entre les personnes sans avoir recours à la parole. Elle fait référence aux mouvements de notre corps, nos réactions physiologiques, de manière plus général on parle de langage corporel.

Nous pouvons identifier plusieurs signaux du langage corporel, conscients ou inconscients tels que :

- **La posture** : désigne le positionnement du corps d'un individu. Elle peut transmettre plusieurs informations à notre interlocuteur, par exemple un individu ayant les bras croisés et le haut du corps en retrait peut faire penser à une personne plutôt fermée, pas disponible pour recevoir un message. A l'inverse la position du corps en avant avec les mains tourné vers son interlocuteur nous laisse transparaître la bienveillance.
- **Les expressions du visage** : La communication non verbale passe essentiellement par les expressions faciales comme le regard, le sourire et toutes les mimiques ou micro-expressions. Les expressions sont universelles et traduisent un même message dans n'importe quelle culture. Le regard, qu'il soit fuyant, insistant ou encore compatissant peut permettre de faire passer un message. Le sourire peut aussi bien communiquer une joie, mais aussi masquer une contrariété ou de la nervosité.

La communication non verbale est très importante dans le management d'une équipe. Une communication non verbale bien maîtrisée permet probablement de favoriser le bon relationnel avec son équipe. Être à l'écoute et porter de l'intérêt à son interlocuteur permet également de fédérer et améliorer la cohésion d'équipe.

Les recherches que j'ai pu effectuer dans l'élaboration du cadre conceptuel me permettent de mieux comprendre les différents concepts évoqués précédemment : Les RPS, l'épuisement professionnel, la prévention, le rôle du cadre de santé et la communication. Cela me permet de faire évoluer ma problématique de départ en question de recherche que je vous présente.

³⁰ Psychologue

3 Question de recherche et hypothèse

Nous avons pu voir que l'épuisement professionnel s'installe progressivement quand les exigences professionnelles sont élevées, et à l'inverse les ressources matérielles et humaines faibles et limitées. Les tensions sont de plus en plus présentes lorsque les situations de travail associent une forte demande psychologique et une latitude décisionnelle faible. C'est le cas en psychiatrie, de par le travail relationnel qui implique une forte charge mentale au quotidien pour les soignants. Le diagnostic d'épuisement professionnel chez un soignant ne permet plus de garantir l'efficacité et la bonne qualité des soins, et le cadre de santé en psychiatrie doit en tenir compte.

Nous pouvons dire que le bien-être au travail des soignants est une mission à part entière de ce dernier.

Nous avons pu voir que les difficultés de diagnostic sont importantes, et que les répercussions sont grandes. Que ce soit sur le plan individuel, institutionnel ou même sociétal. De ce fait, le plan santé au travail 2021/2025 met en avant la prévention et plus particulièrement la prévention primaire au sein des entreprises.

La prévention est donc un enjeu majeur pour le cadre de santé au sein de son service.

Le cadre de santé tente donc de fournir à son équipe des moyens ou ressources nécessaires pour lui permettre de réduire les facteurs de risque de l'épuisement professionnel. De quels leviers managériaux le cadre dispose-t-il pour cela en service de psychiatrie ?

Ma question de départ était la suivante :

De quelle manière le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante pour prévenir l'épuisement professionnel en service de psychiatrie ?

A la suite de mon questionnement et de mon cheminement la question de recherche serait la suivante :

Par quels leviers managériaux le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante dans la prévention de l'épuisement professionnel en service de psychiatrie ?

Hypothèse 1 : une communication de qualité avec l'équipe soignante permet au cadre de santé de détecter les tensions et le stress d'un soignant dans sa situation de travail.

Hypothèse 2 : une organisation claire et connue de tous au sein du service permet au cadre de santé de diminuer les facteurs de stress liés à l'organisation du travail. Par conséquent de réduire l'un des facteurs de risque de l'épuisement professionnel.

Nous allons maintenant nous tourner vers les professionnels de santé du milieu psychiatrique, afin de confronter leurs opinions personnelles sur le terrain avec les hypothèses et le cadre théorique vu précédemment. Nous essaierons de répondre à la problématique choisie.

4 Enquête de terrain

L'enquête de terrain a pour but de confirmer ou d'infirmer mes hypothèses de recherche. Pour cela dans un premier temps, je présenterai la méthodologie choisie. Par la suite, je réaliserai une analyse qualitative des données recueillies. Pour terminer, j'effectuerai une synthèse des données.

4.1 Le choix des terrains d'enquête :

Au regard de mon travail de recherche, il paraît indispensable d'effectuer cette enquête au sein de services psychiatrique intra hospitaliers. J'ai donc choisi d'effectuer une partie de cette enquête au sein d'un grand hôpital universitaire parisien spécialisé dans la psychiatrie. Dans un second temps j'effectuerai d'autres entretiens au sein d'un établissement psychiatrique situé en banlieue parisienne. J'ai ensuite fixé des rendez-vous avec des contacts obtenus via des connaissances et certains collègues de promotions de l'IFCS.

4.2 Choix de la population :

Il s'agit de cinq cadres de santé exerçant dans cinq services de psychiatrie différents ayant pour similitude de tous exercer dans des services s'hospitalisation complète semi-ouverts³¹. Il m'a semblé pertinent d'avoir l'avis d'autres professionnels et notamment des professionnels experts, c'est pourquoi j'ai sollicité des psychologues du travail exerçant exclusivement en établissements en santé mentale.

4.3 Choix de l'outil d'enquête :

J'ai choisi d'utiliser l'entretien semi-directif, afin d'enquêter auprès des cadres de santé ainsi que des psychologues de travail. Cet outil me semble pertinent, il me permettra une approche qualitative qui me permettra de recueillir des avis sur mon thème de recherche.

³¹ Service de psychiatrie ayant à la fois des patients en soins libre et en soins sous contrainte.

4.4 Élaboration du guide d'entretien³² et déroulement des entretiens.

Afin de mener mon enquête de terrain, j'ai élaboré un guide d'entretien pour les cadres de santé et un légèrement différent pour les psychologues du travail, validé par ma directrice de mémoire et présenté en annexe.

Selon Alain Blanchet et Anne Goutman³³ : « *tout entretien de recherche débute par une consigne inaugurale ; celle-ci doit être claire, non contradictoire avec le contrat initial* ». J'ai donc suivi cette méthode et commencé ma grille d'entretien par une « consigne inaugurale » constitué de ma présentation personnelle ainsi que du cadre de l'entretien. Cela m'a permis de ne rien oublier en début d'entretien concernant les consignes initiales en cas de stress.

J'ai commencé la grille d'entretien par un talon sociologique permettant de recueillir des informations concernant l'âge ainsi que l'ancienneté des cadres et psychologue interrogés en service de psychiatrie. Ces éléments sont nécessaires à mon analyse pour situer les cadres interrogés. J'ai ensuite établi huit questions, que nous pouvons répartir en plusieurs thèmes : la connaissance des risques psychosociaux et de l'épuisement professionnel, les ressources mise à disposition par l'institution et la place du cadre dans la prévention de l'épuisement professionnel.

Les huit questions sont des questions ouvertes ce qui permet aux cadres de santé de répondre en fonction de leurs expériences professionnelles et de leurs connaissances. Toutes les questions ont été posées mais parfois dans des ordres différents, je m'adaptais à mon interlocuteur pour le laisser s'exprimer le plus possible et pouvoir recueillir un maximum d'informations.

Lors des entretiens, j'ai effectué une prise de notes principalement avec des mots clefs, ce qui m'a permis de faire reformuler certains propos ou de relancer les cadres et psychologues interviewés. Les questions de relance formulées sur ma grille d'entretien n'ont pas été nécessaires de manière générale lors des entretiens car elles ont été abordées de manière spontanée. Concernant ma posture lors de ces entretiens, j'ai maintenu une écoute active, en étant attentive à ma communication non verbale pour permette une posture bienveillante.

³² Cf annexe

³³ BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition, p78

Les cinq entretiens des cadres de santé se sont passés dans leur bureau porte fermée pendant trente à quarante-cinq minutes maximum, sur deux semaines début avril 2023.

Quatre entretiens sur cinq se sont passés sans aucune interruption, que ce soit par des sollicitations téléphoniques ou du personnel. Le dernier entretien a été compliqué, car beaucoup de sollicitations ont interrompu a de nombreuses reprises le déroulement de l'entretien. Le cadre de santé a souvent perdu le fil de sa pensée et semblait agacé par cela.

4.5 Typologie des cadres interrogés :

Pour garantir la confidentialité des cadres interrogés, je leur ai attribué une lettre allant d'A à E. il s'agit de trois femmes et deux hommes, ils ont entre trente et cinquante ans et ont tous fait le choix de travailler en psychiatrie à la sortie de leur école d'infirmière.



4.6 L'analyse des entretiens :

Dans cette partie, je vous présenterai les résultats obtenus au moyen des entretiens. J'ai, dans un premier temps, effectué une analyse personnelle question par question des entretiens retranscrits³⁴, me permettant d'élaborer différents axes d'analyse que je vous présente ci-dessous :

- La connaissance des cadres sur les RPS et SEPS.
- Les facteurs favorisant du SEPS en service de psychiatrie.
- Les ressources mises en place par le cadre de santé en matière de prévention.
- L'engagement de l'institution en matière de prévention.

4.6.1 La connaissance des cadres de santé en matière de RPS et SEPS :

Définition des RPS : Pour tous les cadres de santé, les RPS sont : *« Toujours en lien avec la situation de travail »*. Le CDS A évoque le terme de *« processus »*, le cadre D lui emploie le terme de : *« contexte et/ou situation »*. Le cadre C fait le lien avec la qualité de vie au travail. Tous les cadres sont unanimes sur : *« des conséquences psychologiques et physiques »*. Les définitions données par les différents interviewés sont similaires à celle du ministère de la santé³⁵.

Définition du SEPS : Tous les cadres interviewés ont décrit le SEPS avec la notion de : *« stade critique, c'est quand la corde lâche »* (CDS E). Le cadre A, lui, fait le lien avec la non prise en charge des RPS. On retrouve ici la notion de conséquence grave. Tous les cadres ont aussi fait référence aux trois dimensions du symptôme³⁶.

L'épuisement émotionnel est évoqué par le CDS B : *« c'est un soignant qui va être tellement vidé émotionnellement parlant, que cela aura des impacts sur sa vie perso »*. *« Un soignant qui pleure sans raison, qui s'énerve alors qu'il ne le faisait pas autant. »* (CDS D)

³⁴ Un entretien est retranscrit en annexe.

³⁵ Voir le chapitre 2.1.1 page 8.

³⁶ Voir le chapitre 2.2.1 page 11.

Ensuite, nous avons **la dépersonnalisation** : « à l'inverse, un soignant qu'on entend plus, qui ne réagit plus qui va être seul dans son coin sans interaction, un robot qui fait ce qu'on lui demande pour imaginer mes propos » (CDS D).

Et pour finir la diminution de **l'accomplissement personnel** : « C'est le fait de demander toujours plus de performance, le risque c'est que les soignants ne se sentent plus à la hauteur et qu'ils finissent par ne plus s'investir, je pense » (CDS B).

« Ce qui va m'alerter moi, c'est son désengagement professionnel, la dévalorisation de son travail quand ce qu'il fait n'est jamais assez bien à ses yeux ou qu'il ne trouve plus d'intérêt ». (CDS C)

4.6.2 L'identification des facteurs favorisants :

De manière générale :

Les facteurs de risques cités majoritairement par les cadres de santé sont : **le manque d'effectif** (par les cinq). Le CDS D explique : « La psy a souvent été dotée de beaucoup de personnel, on ne va pas se plaindre (...) depuis trois ans, le manque de personnel se fait vraiment sentir ». **La gestion des plannings** est aussi une difficulté, et notamment le travail de nuit. Dans la majorité des terrains d'enquêtes (trois sur cinq), il n'y a pas d'équipe de nuit, c'est donc les soignants qui alternent jour et nuit à raison d'environ trois nuits par mois. Ce qui est mis en avant sur le travail de nuit, c'est la mise en danger des soignants : « je parlerai du travail de nuit de manière générale, mais chez nous ils sont un infirmier et un aide-soignant pour vingt-quatre patients, et c'est souvent la nuit que les agressions arrivent malheureusement (...) on a de plus en plus de mal à trouver des soignants pour faire des nuits, on finit par les imposer » (CDS A).

Le cadre A met également en avant **la gestion des intérimaires** sur un planning. « Les intérimaires, ils font leur planning, ils viennent, ils repartent tu dois ensuite changer les plannings en permanence de tes agents fixes et la charge mentale (...) ça n'aide pas »

On retrouve aussi **l'organisation du travail** comme risque évoqué par le CDS C comme un facteur de risque général : « l'organisation du travail pas toujours très efficace ».

Lors de tous les entretiens, les cadres de santé ont également évoqué de manière spontanée les facteurs de risques auxquels sont soumis les cadres de santé, notamment **le manque de soutien et de reconnaissance**. J'évoquerai cela dans une prochaine partie.

La CDS C évoque **le manque de soutien et de reconnaissance de l'institution** envers les agents hospitaliers : « *je fais le rapport avec le passage de concours par exemple, et pas de financement pour l'agent de la part de l'institution, j'ai eu l'exemple il y a peu, c'est démotivant pour les agents* ».

Spécifiques à la psychiatrie :

La violence est spécifiée par tous les cadres de santé : « *la violence à tendance à être accrue avec ce genre de patients.* » (CDS D) ; « *on est quotidiennement face à des patients violents physiquement ou verbalement, les contentions physiques sont de plus en plus présentes.* » (CDS A).

Nous pouvons retrouver comme facteur de risque, **la pathologie** elle-même (les troubles psychiatriques) et l'aspect chronique de celle-ci : « *il y a aussi les exigences émotionnelles (...) on a des histoires lourdes parfois, de plus en plus souvent je trouve, des prises en charge sur le long terme.* » (CDS C). « *Nous sommes face à des patients en souffrance psychique qui se permettent d'exploser en service de soins et les soignants se prennent ces souffrances de plein fouet et en permanence* » (CDS D).

De manière générale, tous les cadres se rejoignent sur le fait que **l'investissement dans la relation de soin** peut devenir un facteur de risque de l'épuisement professionnel : « *l'investissement de la relation est spécifique, enfin on sait que nos patients (...) vont revenir souvent et forcément quand on est soignant depuis des années dans le service, on crée une certaine relation* » (CDS B). La cadre D évoque **la sensibilité des soignants de psychiatrie** : « *en psychiatrie (...) on a en face de nous des soignants sensibles, c'est aussi ce qui fait leur force, ils ont une empathie et une écoute exceptionnelle pour certains, mais ça peut être sur le long terme facteur d'épuisement* ».

La charge de travail est évoquée par le cadre C, elle a évolué au fil des années et les prises en charge imprévues de plus en plus présentes en psychiatrie : « *c'est notre rôle de gérer tout au long de la journée la quantité de travail et savoir réorganiser quand trop d'imprévus arrivent en même temps, ou alors repousser certaines choses non urgentes, mais pour cela, c'est aussi à nous de nous positionner face à l'équipe médicale parfois* ». Le cadre E l'évoque aussi et notamment dans la prise en charge des patients la nuit : « *On évite au maximum les admissions la nuit (...) J'essaye de reporter sur la journée mais ce n'est pas toujours simple et je ne peux pas le faire avec un patient en garde à vue ou un détenu par exemple.* »

Tous les cadres de santé interviewés se rejoignent donc sur l'existence de facteurs favorisants, dont certains spécifiques et identifiés en service de psychiatrie. Face à cela, quelles sont les ressources mises en place par les cadres de santé au sein de leur service ?

4.6.3 Les ressources mises en place par le cadre de santé

Le soutien semble être primordial pour les cinq cadres.

Lors des entretiens, on peut retrouver **le soutien réceptif** évoqué par le cadre de santé D : *« Dans ce cas, on discute, je dis toujours à l'agent que j'ai remarqué, j'ai vu que... et des fois la discussion déborde sur la vie privée, ça commence souvent par ça d'ailleurs ... »*

Le CDS E l'évoque également et prend le temps de parler du **soutien matériel** : *« l'écoute active est importante que ce soit de manière informelle, autour d'un café, ou formelle lors d'un entretien, ça montre du soutien à l'équipe. Pas seulement pour recevoir leurs problèmes, mais par moment derrière une colère, il y a un message important à recevoir que ce soit sur les conditions de travail ou autre... il faut l'entendre même si la forme n'est pas toujours bonne »*. La cadre C parle du **soutien d'autorité**. Il notifie aux agents les efforts fournis et permet une certaine reconnaissance : *« (..) Et je mets en valeur les compétences de chacun. »*

Aucun cadre de santé n'a évoqué le soutien inter-équipe, entre collègues. Je constate cependant que trois types de soutien de la hiérarchie³⁷ ont été évoqués lors de ces entretiens.

Plusieurs cadres de santé ont évoqué des espaces d'échanges formalisés qu'ils mettent en place au sein de leur service.

Trois cadres sur cinq ont évoqué **les groupes de parole** : *« En cas de situation grave, de mise en danger, etc. Je mets en place des réunions d'équipe qui peuvent être assimilées à un groupe de parole avec présence ou non du chef de service, ça dépend souvent de la gravité et présence obligatoire du psychologue du travail. Ça permet de libérer la parole des soignants »*. (CDS A).

³⁷ Voir chapitre 2.6.2 page 23

Le cadre B à mis en place en collaboration avec le psychologue du travail un groupe d'échange mais elle n'y participe jamais : « J'ai mis en place depuis plusieurs années un groupe d'échange. J'ai travaillé avec le psychologue du travail, qui anime une fois par trimestre cette réunion, je n'y assiste pas bien sûr, c'est vraiment un moment pour l'équipe, pour lâcher un peu s'ils en ont besoin ». « *Quand je sens une tension ou quelque chose de vraiment pesant, je mets en place des réunions d'échange* ». (CDS C)

Phillipe Colombat nous explique : « *Il s'agit de réunions ponctuelles (« staffs de débriefing ») organisées en situation de crise, en présence d'un psychothérapeute extérieur au service. Elles permettent aux soignants de s'exprimer, de parler de la difficulté de la situation vécue, de la déchiffrer et de proposer des solutions d'adaptation.* »³⁸.

Tous les cadres de santé ont évoqué **les entretiens** formels ou informels, qu'ils utilisent comme moyens d'entrer en relation avec le soignant. Pour ce qui est de l'entretien informel, le cadre de santé D nous dit : « *Dans ce cas on discute, je dis toujours à l'agent que j'ai remarqué, j'ai vu que... et des fois la discussion déborde sur la vie privée, ça commence souvent par ça d'ailleurs. En fonction, j'adapte ma posture.* » L'entretien informel devient par la suite formel dans le bureau du cadre. L'entretien, pour deux cadres est une manière de montrer aux soignants qu'ils sont à leur écoute : « *l'écoute active est importante que ce soit de manière informelle autour d'un café, ou formelle lors d'un entretien, ça montre du soutien à l'équipe* » (CDS E). « J'essaye d'être à l'écoute des agents via des entretiens informels et formels s'il le faut » (CDS C.)

Les formations institutionnelles sont évoquées par deux cadres de santé. En psychiatrie, certaines formations sont essentielles pour une prise en charge du patient : « *il y a au sein du GHU un parcours de formation pour les paramédicaux, il s'agit de formations sur les pathologies psychiatriques obligatoires pour les nouveaux arrivants, et ensuite une formation sur la violence, également obligatoire. En fait, la formation violence est obligatoire pour tout le monde mais ajustée en fonction de sa profession, que ce soit pour les ASH, ergos, kinés, etc.* » (CDS A). Le cadre E se projette dans sa future prise de poste : « *Les moyens que j'ai (silence) ... la formation. Sur le GHU, il existe une formation gestion de la violence avec l'accord de mon N+1, je la rendrais obligatoire à tous les agents du service, et intégrée au parcours de formation*

³⁸ COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal, FOUQUEREAU Evelyne. La démarche participative dans les soins. Gestions hospitalières n°534. mars 2014.

des nouveaux arrivants. Ça me semble essentiel pour tranquilliser les soignants, ça n'enlève pas la peur, mais avoir des bases c'est déjà ça ».

Les formations permettent aussi « de former l'ensemble de l'équipe sur des sujets choisis par elle. Outre l'avantage d'une formation homogène, elles permettent aux soignants d'échanger au cours de temps de discussion, et à ceux qui ne prennent pas souvent la parole de s'exprimer (...) elles favorisent en outre les relations interprofessionnelles dans un contexte de construction identitaire d'une équipe qui produit une même prestation de soins ».³⁹

Les cadres de santé ont identifié plusieurs ressources qu'ils utilisent au sein de leurs services, tels que le soutien, les groupes de parole et les formations. Au-delà de ces ressources existantes, plusieurs rôles du cadre ont été énoncés lors de ces entretiens.

4.6.4 Les rôles du cadre :

Le premier rôle évoqué par l'ensemble des cadres interviewés est celui **d'observateur actif**⁴⁰ : « je suis vigilante aux changements de comportement des soignants, quelqu'un qui va se plaindre plus que d'habitude, qui va gueuler plus fort que les autres fois », « on discute, je dis toujours à l'agent que j'ai remarqué, j'ai vu que... » (CDS D). « Je suis sensible aux changements de comportement d'un soignant dans sa prise en charge, sa manière de communiquer avec les patients » (CDS B). Les cadres ont également été unanimes sur **l'écoute** : « l'écoute active est importante, que ce soit de manière informelle autour d'un café ou formelle lors d'entretien », (CDS E), « en étant à l'écoute de mes équipes, en étant attentifs à leur investissement dans le travail, leur attitude avec les patients, leur patience ou même leur langage non-verbal » (CDS A).

Trois cadres de santé ont mis en avant **la proximité** : « je suis cadre de proximité, je suis la mieux placée pour donner l'alerte et faire remonter les infos » (CDS B), « le cadre est un cadre de proximité donc pour moi on est les premiers concernés pour détecter les signes » (CDS C).

Comme évoqué précédemment, **le rôle de lanceur d'alerte** est énoncé par quatre cadres : « Si je sens une difficulté avec un agent, généralement j'envoie un mail à son cadre de proximité, j'alerte le cadre référent (..) » (CDS E), « On est les premiers concernés pour détecter les signes comme les troubles de l'humeur, la baisse de motivation, etc... On connaît bien notre équipe donc normalement, on est les mieux placés pour alerter » (CDS C).

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Voir chapitre 2.7 page 24.

Deux cadres de santé expliquent avoir une procédure au sein de leur établissement : « (...) ensuite on a une adresse mail dédiée pour alerter, elle est ouverte à tout le monde et elle est anonymisée ». (CDS C).

L'alerte va permettre une prise en charge par la médecine du travail et/ou le psychologue du travail pour éviter une aggravation du phénomène.

Le rôle de « diffuseur » : est évoqué par les cadres de santé notamment dans la transmission d'informations : « Les temps d'échange d'informations sont aussi importants, qu'il soit formalisé lors de staffs ou lors de petits échanges de cinq minutes ». (CDS A), « Les staffs sont importants pour que les informations circulent entre soignants et médecins. Chez nous, c'est un staff le matin, je mets un point d'honneur à être présente, ça me permet de partager également les infos importantes à l'équipe mais également aux médecins » (CDS B). « J'essaye de faire remonter et descendre les informations à l'équipe » (CDS C)

Trois des cadres mettent en avant la difficulté de ce rôle, notamment en se mettant en position de « barrage » entre la direction et les équipes. Le cadre de santé B dit : « ... Je fais le rempart entre eux et les demandes incessantes de la direction. Je ne transmets pas toutes les infos pour qu'ils ne soient pas pressés comme des citrons... (Rires) c'est moi qui prend ça pour moi. »

Le rôle d'entrepreneur est évoqué par deux cadres, notamment dans la création de groupes de parole ou de travail : « J'ai mis en place depuis plusieurs années un groupe d'échange. J'ai travaillé avec le psychologue du travail qui anime une fois par trimestre cette réunion » (CDS B). « J'ai mis en place au sein du service le stand up (...) un tableau à cinq colonnes à dispo des équipes ou elles marquent toutes les problématiques rencontrées. Chacun est libre de noter ce qu'il souhaite. La seule contrainte que j'impose... Moi ou l'équipe devons être en mesure de l'améliorer avec une meilleure organisation, de la coordination, enfin une problématique ou nous pouvons être acteurs quoi » (CDS A). Le cadre B explique avoir entrepris des actions avec la direction de son établissement, notamment en rendant les formations violence obligatoires pour les nouveaux arrivants.

Le rôle organisationnel est évoqué par quatre cadres, notamment dans la gestion des effectifs, l'organisation des plannings, mais également dans la répartition de la charge de travail au sein de leur unité : « On organise au mieux les entrées et sorties des patients, même si on sait qu'on a beaucoup d'imprévus en psychiatrie » (CDS B),

« J'essaye aussi de mettre en place une bonne organisation... de ne pas surcharger les journées » (CDS C) « de mettre en place des plannings prévisionnels, parce qu'on sait bien que les plannings pour les soignants, c'est très important (rires)... Non, mais blague à part j'essaye de prévoir longtemps à l'avance pour qu'ils puissent s'organiser dans leur vie privée aussi. » (CDS C).

« Une autre chose également instaurée depuis quelques années et c'est purement organisationnel, ce sont les sorties le matin et les entrées le soir. Cela permet aux ASH notamment d'avoir le temps de nettoyer et préparer les chambres dans de meilleures conditions. Mais au final, cela touche tout le monde les infirmiers, les secrétaires, les choses se font moins dans la précipitation, sauf urgence bien sûr. » (CDS A)

Nous avons pu voir à travers cette partie que le cadre de santé endosse plusieurs rôles : il s'agirait donc d'un leader observant de manière attentive son équipe et la charge d'activité au sein du service pour organiser de la meilleure manière qu'il soit les effectifs, en fonction de la charge de travail. Grâce à son observation active et la connaissance de ses équipes, il serait en capacité de lancer l'alerte auprès de sa hiérarchie ou des professionnels experts comme le psychologue du travail.

A travers les rôles du cadre, nous pouvons constater que les trois niveaux de prévention⁴¹ ont été évoqués :

- **La prévention primaire** : notamment à travers la détection de facteurs de risque organisationnels, à la suite d'une réorganisation des services, ces derniers ont été réduits.
- **La prévention secondaire** : en développant les ressources internes déjà existantes.
- **La prévention tertiaire** : en proposant une orientation appropriée aux soignants qui en ont le besoin.

Différentes actions sont donc mises en place par les cadres de santé en matière de prévention de l'épuisement professionnel, mais le cadre n'agit pas seul et fait partie d'une institution.

⁴¹ Voir chapitre 2.6 page 20.

4.6.5 L'engagement de l'institution en matière de prévention.

Les formations institutionnelles sont évoquées par tous les cadres de santé comme étant présentes dans leur établissement et répondant à des risques psychosociaux présents en psychiatrie, notamment dans la gestion de la violence. Pour certains, elles sont rendues obligatoire par leur institution et rentrent dans le processus des nouveaux arrivants : *« Il y a au sein du GHU un parcours de formation pour les paramédicaux, il s'agit de formations sur les pathologies psychiatriques obligatoires pour les nouveaux arrivant et ensuite une formation sur la violence également obligatoire. En fait, la formation violence est obligatoire pour tout le monde mais ajustée en fonction de sa profession, que ce soit pour les ASH, ergos, kinés, etc. »* (CDS A).

Un cadre de santé évoque **la référence RPS** au sein de chaque service de l'institution : *« Il y a un référent RPS qui a pour mission de faire remonter les problématiques qui pourraient engendrer des facteurs de risque »* (CDS C).

Les cadres de santé C et D évoquent la présence d'une **adresse mail d'alerte dédiée aux RPS**, gérée principalement par la médecine du travail : *« On a une adresse mail dédiée pour alerter, elle est ouverte à tout le monde et elle est anonymisée. L'alerte va permettre une prise en charge par la médecine du travail et/ou le psychologue du travail pour éviter une aggravation »* (CDS C), *« Il y a une adresse mail pour signaler la présence de RPS dans notre service, elle est à dispo de tout le monde, cadres, soignants, etc. Je crois qu'elle est gérée par le service de santé au travail »* (CDS D).

La cadre de santé D évoque également la participation de son N+1 à un **groupe de travail** pour l'élaboration d'un questionnaire en vue d'enquête au sein de l'établissement : *« Les cadres sup sont sollicités, comme je le disais mon N+1 à participé à l'élaboration de questionnaires à destination des soignants (...) le but étant de recueillir les difficultés les plus présentes au sein de l'établissement) »* (CDS D).

Tous les interviewés s'accordent sur le fait qu'une formation ou atelier de **sensibilisation au RPS** est présente au sein de leur établissement pour les cadres de santé : *« Il y a des ateliers pour sensibiliser les cadres de proximité aux RPS »* (CDS D), *« Aujourd'hui pratiquement tous les cadres de l'établissement sont formés et nous nous regroupons deux fois dans l'année avec le psychologue pour faire le point »* (CDS B). *« Nous sommes sensibilisés car les cadres ont à disposition une formation mais elle n'est pas obligatoire »* (CDS A).

La **collaboration entre les acteurs** est mise en avant par le cadre D lorsqu'il détecte un gros mal-être chez un soignant : *« Je ne suis pas le psychologue, des fois je les dirige vers les professionnels compétents », « j'alerte auprès du psychologue et je donne les coordonnées du soignant pour qu'ils puissent prendre contact. Souvent le psychologue me fait un retour, enfin juste un mail pour me dire « j'ai bien reçu Mr ou Mme » »* (CDS B).

La collaboration est utilisée pour répondre au troisième degré de prévention, pour permettre une prise en charge de qualité.

De manière générale, tous les cadres de santé s'accordent à dire que l'institution dans laquelle ils exercent met en place des moyens dans la prévention des RPS et du SEPS.

Cependant trois cadres sur cinq mettent en avant que l'institution ne communique pas sur les moyens mis en œuvre en termes de prévention. « *En fait, il existe des choses mais la mise en place est compliquée. On a parfois l'impression que les RH découvrent l'existence de RPS* » (CDS B), « *Voilà... il y a des choses, mais pas assez d'informations dessus donc on sait sans savoir (...)* c'est beaucoup discuté dans les institutions, mais les actions concrètes on ne les voit pas » (CDS D), « *Au sein du GHU, il y a des choses mises en place mais je n'en ai pas vraiment connaissance, je ne suis pas sûr que les soignants soient plus informés que moi, la communication n'est pas vraiment faite sur ce sujet* » (CDS A)

La retranscription des entretiens menés a permis de mettre en lien les réponses des cadres de santé et certains concepts du cadre théorique. Cependant, un thème que je n'avais pas évoqué dans mon cadre conceptuel a été mis en avant lors de l'enquête de terrain.

Il s'agit de **l'épuisement professionnel des cadres de santé**. Évoqué par quatre cadres sur les cinq interviewés.

Lors de l'entretien avec la cadre de santé B à la question **Qu'est-ce que, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ? (Ou mots clés ?) elle répond** : « *c'est moi (rire), c'est quand on a atteint toutes ses limites (...) on peut aussi parler des cadres ? -Oui bien sur- Être toujours face à des injonctions paradoxales, être totalement isolé, le cadre est isolé et doit satisfaire tout le monde, c'est épuisant...* » Elle met ici en avant le positionnement du cadre entre la direction et les équipes, et de ce fait son isolement au sein d'une institution.

Le cadre A et D expliquent : « *ça touche à mes valeurs je sais que je tire sur la corde en rappelant les soignants mais le service continue, je n'ai pas le choix... ça me coûte (...) à un moment donné, je sais que je serais en opposition avec ma hiérarchie, il faudra trouver d'autres solutions. Je ne le ferai plus.* », « *J'ai certaines valeurs qui sont parfois mises à mal par mon positionnement et ce que me demande de faire la direction... j'ai parfois du mal à dormir* ».

Le cadre de santé D terminera l'entretien en disant : « *Je finirais par dire qu'un cadre qui ne va pas bien est un cadre qui ne peut pas prendre soin de son équipe et l'accompagner comme il se doit* ».

J'ai effectivement analysé le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, mais celui des cadres de santé est aussi une réalité.

4.7 La synthèse :

Tout d'abord j'ai pu constater que tous les cadres de santé interrogés avaient une connaissance sur les RPS et le SEPS, et de manière générale j'ai pu ressentir lors des entretiens que le sujet avait une grande importance pour eux.

Cette connaissance permet aux cadres d'être en capacité de les identifier au sein de leur équipe et par conséquent de les dépister.

Les facteurs de risques des RPS et des SEPS ont été identifiés :

- Facteurs de risque environnementaux : Le manque de personnel et par conséquent la gestion des plannings.
- Facteurs de risque directement liés à l'organisation de travail : charge de travail pas toujours bien répartie sur la journée.
- Facteurs de risque liés aux conditions de travail : travail jour/nuite, charge de travail.



Carte mentale des différents facteurs de risques qui ressortent des entretiens.

Plusieurs autres facteurs de risque spécifiques aux services de santé mentale ont été mis en avant avec une prépondérance pour la confrontation à la violence de manière quasi journalière et la chronicité de la pathologie mentale.

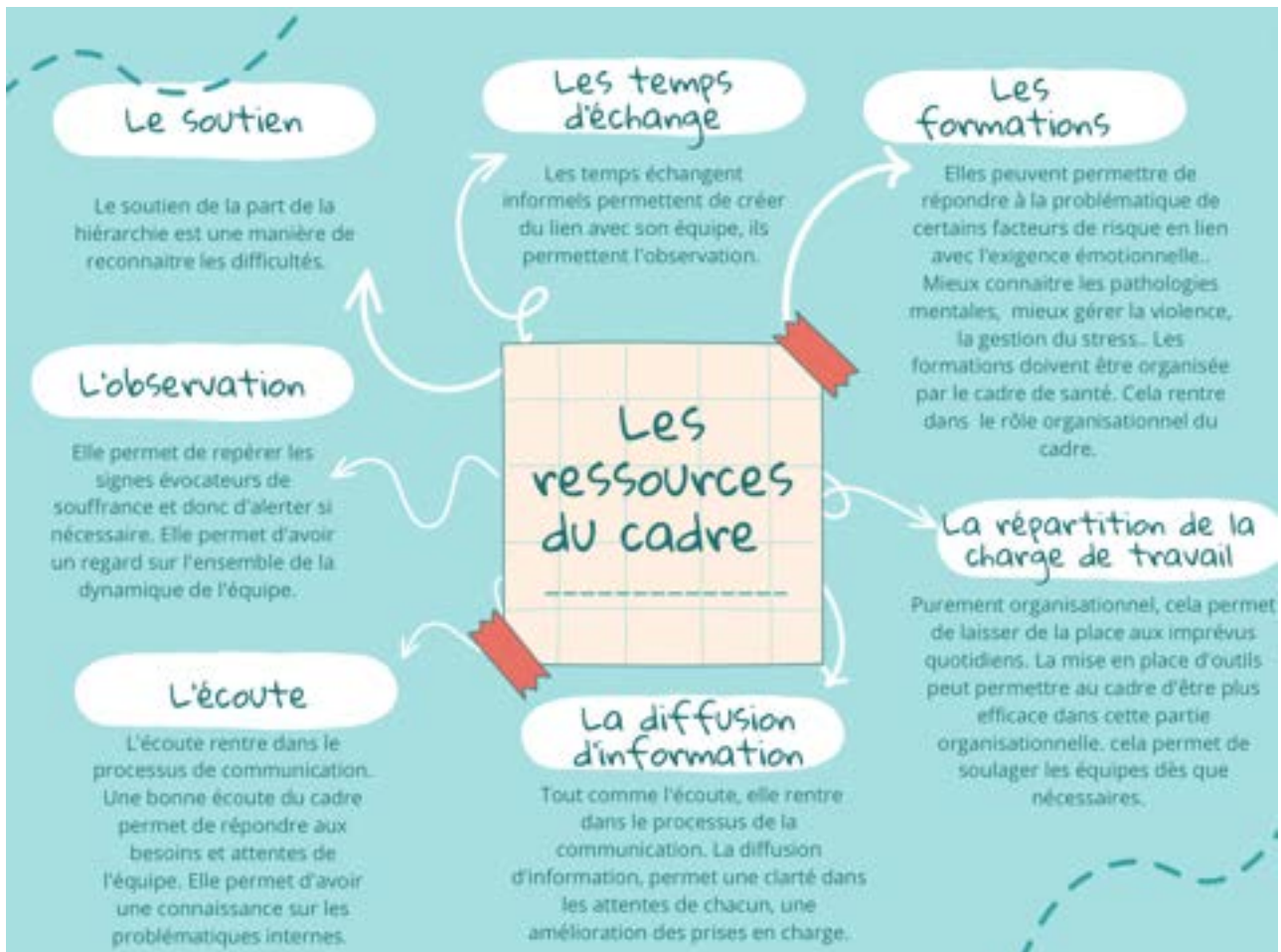
C'est pour cela que les cadres de santé interrogés ont expliqués les différentes ressources mise en place au sein de leur unité pour réduire ces facteurs de risque. La première ressource qui semble être prioritaire est le soutien hiérarchique. J'ai pu retrouver les trois types de soutien (réceptif, matériel et d'autorité) lors de mes entretiens.

Les espaces d'échange ont été évoqués par tous les cadres. De manière formelle, avec les staffs ou les groupes de paroles. De manière plus informelle, tel que les temps de pause. Les espaces d'échange peuvent être collectifs mais également individuels. Les moments informels peuvent également être une opportunité pour le cadre de santé de créer du lien avec son équipe et une certaine cohésion d'équipe. L'esprit d'équipe étant une notion très importante en psychiatrie.

Les formations, qu'elles soient institutionnelles ou de manière interne au service constituent également des ressources face à l'épuisement professionnel et notamment celles en lien avec un des facteurs prédominant en psychiatrie : la gestion de la violence. A ce jour les formations rentrent dans le dispositif du Développement Professionnel Continu (DPC), développé avec la loi HPST, ce qui rend le DPC obligatoire pour tout professionnel.

Lors de ces entretiens, les rôles divers des cadres ont été mis en avant : celui d'observateur actif et le rôle organisationnel sont prédominants, puisqu'ils ont été évoqués par quatre cadres de santé sur cinq. Il permet de répartir les ressources disponibles, de fluidifier la charge de travail et de transmettre les informations nécessaires au travail de chacun. Le cadre lance l'alerte auprès de sa hiérarchie et/ou des professionnels experts⁴² lorsqu'il identifie une souffrance chez un membre de son équipe.

⁴² Psychologue du travail, médecine du travail.



Carte mentale des différentes ressources mises en place par le cadre de santé.

Le cadre de santé n'agit pas en solitaire mais fait partie intégrante d'une institution comme le souligne Jean-Luc STANISLAS : « *il ne peut agir seul, car les mesures préventives et curatives se mettent en œuvre en collaboration avec les acteurs décisionnaires, les instances et les structures d'aide et d'accompagnement des personnels en souffrance au travail* »⁴³. La collaboration avec les différents professionnels est donc essentielle, en particulier ceux qui composent le service de santé au travail. Le sujet du bien-être au travail et de la qualité de vie au travail me semble être un sujet récurrent pour le cadre de santé, qui nécessite une démarche et un investissement de l'institution dans laquelle il travaille. Il semble néanmoins, au regard des divers entretiens, que la communication faite par les institutions sur la prévention de l'épuisement professionnel et plus largement des risques psycho-sociaux reste faible et peu connue des soignants.

⁴³ STANISLAS Jean-Luc. Risques psychosociaux : le rôle du cadre. Objectifs soins et management n°210. Novembre 2012

Certains concepts abordés par plusieurs auteurs dans le cadre théorique ont été évoqués lors des entretiens et illustrés par de nombreux exemples. La richesse des entretiens met en avant l'importance de la place du cadre de santé dans la prévention de l'épuisement professionnel.

Pour conclure, je vais confirmer ou infirmer mes hypothèses de recherches. Pour rappel, ma question de recherche était : **Par quels leviers managériaux le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante dans la prévention de l'épuisement professionnel en service de psychiatrie ?**

Hypothèse 1 : une communication de qualité avec l'équipe soignante permet au cadre de santé de détecter les tensions et le stress d'un soignant dans sa situation de travail.

Cette hypothèse est confirmée par le rôle d'observateur actif et de diffuseur que met en place le cadre de santé pour détecter d'éventuelles tensions ou stress.

Hypothèse 2 : une organisation claire et connue de tous au sein du service permet au cadre de santé de diminuer les stressés liés à l'organisation de travail. Par conséquent de réduire l'un des facteurs de risque de l'épuisement professionnel.

Cette hypothèse est confirmée également par le rôle d'observateur actif et organisationnel, qui permet au cadre de mieux répartir les ressources disponibles et de mieux gérer la charge de travail quotidienne au sein de son unité.

4.8 Les limites du travail de recherche :

J'exposerai les limites de ce travail de recherche en deux parties :

Dans un premier temps, je vais parler du travail de recherche dans son intégralité. Les débuts ont été quelque peu difficiles, notamment dans l'écriture de ma question de départ. Une fois ce dernier choix établi et validé avec ma directrice de mémoire, ma vision s'est éclaircie. Dans un deuxième temps, le choix des concepts à traiter dans le cadre théorique fut complexe. En effet, de nombreux concepts me semblaient nécessaires à traiter pour répondre à ma problématique : De quelle manière le cadre de santé peut-il accompagner l'équipe soignante pour prévenir l'épuisement professionnel en service de psychiatrie ? Le choix des concepts fut compliqué et il a fallu faire des choix.

J'ai choisi de ne pas traiter certains concepts, comme le stress professionnel par exemple, qui pourtant aurait été bénéfique pour venir compléter mon travail, mais le nombre de pages étant limité de quarante à cinquante pages, il a fallu faire des choix. Pour finir, le nombre important de lectures en lien avec les différents concepts et notamment sur l'épuisement professionnel était très riche. Il a fallu que je sélectionne mes lectures et les articles les plus pertinents à l'élaboration de mon cadre conceptuel, ce qui a parfois été difficile.

Dans cette seconde partie, je ferai le point sur les difficultés que j'ai pu identifier sur la partie enquête de ce travail de recherche. L'une des plus grosses difficultés que j'ai identifiée est la prise de contact avec des professionnels de santé. Non pas les cadres de santé, mais les professionnels experts tels que les psychologues du travail. Il m'a fallu faire face à beaucoup d'annulations de leur part, et à ce jour, je n'ai toujours pas réussi à obtenir un entretien avec l'un d'eux. J'ai également fait l'impasse sur la mise en place de questionnaires à destination des soignants, il me semblait difficile d'effectuer une analyse qualitative de questionnaires et d'entretiens dans le temps restreint. Avec le recul, il me semble que cela aurait été très riche dans mon analyse de mettre en balance le point de vue des cadres de santé et celui des équipes.

Toutefois, j'ai trouvé ce travail de recherche très intéressant. Au fil des entretiens, j'ai pris un réel plaisir à échanger avec des professionnels de santé, qui ont tous été très riches d'éléments analysables par la suite. Je terminerai par la retranscription des entretiens qui était une première expérience pour moi et qui a été très chronophage.

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

Conclusion :

Ce travail arrive à son terme. La réflexion menée tout au long de l'année m'a permis d'enrichir la construction de mon identité professionnelle. Je mesure le chemin parcouru depuis le début de l'élaboration de ce mémoire. J'ai pu m'intéresser aux ressources des cadres de santé dans la prévention de l'épuisement professionnel. La partie exploratoire m'a permis d'apporter des informations supplémentaires aux données théoriques du cadre conceptuel, et de me rendre compte de la réalité de terrain des cadres de santé en service psychiatrique.

Cette année de formation m'a permis de prendre du recul et de réfléchir à la fonction du cadre de santé. Cette réflexion a été possible grâce aux cours de l'IFCS et de l'IAE (l'Institut de l'Administration des Entreprises), au travers des différents stages mais également avec les différents temps d'échange entre étudiants lors des travaux de groupes réalisés cette année. J'ai pu mener beaucoup de recherches sur une des missions importantes du cadre qui est de garantir la qualité des soins. Or, la qualité des soins passe aussi par une bonne qualité de vie au travail des soignants.

La qualité de vie au travail est un sujet d'actualité qui me semble être un enjeu important pour les institutions, elle peut être un atout en termes d'attractivité lors de recrutements mais elle est également bénéfique pour les soignants de l'institution. En me positionnant comme future cadre de santé au sein d'un service de psychiatrie, je souhaite mettre en avant la qualité de vie au travail de l'équipe et promouvoir la prévention du SEPS au sein de l'institution.

Ce travail a également mis en avant la souffrance des cadres de santé dans leurs missions, notamment face aux injonctions paradoxales de l'institution. J'en viens donc à me demander comment le cadre de santé peut-il manager son équipe tout en faisant face aux injonctions paradoxales de l'institution, et en se protégeant lui-même du syndrome d'épuisement professionnel ? Cette question mériterait un nouveau travail de recherche à mon sens. Didier Truchot et Ivonne Bestagne proposent une réflexion sur le sujet dans leur article : « *Le burnout des cadres infirmiers : la première étude nationale* ».

Bibliographie :

Les ouvrages :

- Lefebvre, B., & Poirot, M. (2011). *Stress et risques psychosociaux au travail : comprendre, prévenir, intervenir*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Truchot, D. (2004). *Épuisement professionnel et Burn out : concepts, modèles, interventions*. Paris : Dunod.
- RODET.P *Le management bienveillant*. EYROLLES.
- CANOUI P, MAURANGES A. *Le Burn out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnels des soignants*. Masson
- Freudenberger, H. J. (1980/1987). *L'épuisement professionnel : la brûlure interne*. Chicoutimi, Québec : G. Morin.
- Mintzberg, H. (1984/2006). *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*. Paris : Éditions d'Organisation.
- BLANCHET Alain, GOTMAN Anne. *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin, sociologie 128, 2007, 2eme édition.
- ZAWIEJA Philippe. *Le burn out*. Paris : Presses Universitaires de France, 2015

Les textes législatifs :

- LOI no 91-1414 du 31 décembre 1991 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail (1) Disponible sur [http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000173965& categorieLien=id](http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000173965&categorieLien=id)
- LOI n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000408905& categorieLien=id>
- Arrêté du 23 avril 2009 portant extension d'un accord national interprofessionnel sur le stress au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815>
- Arrêté du 23 juillet 2010 portant sur le harcèlement et la violence au travail. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630774>
- Accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008 sur le stress au travail disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020581815>

Les articles :

- CAIRN, « Chapitre 17. Le manager, acteur de santé au travail » Patrick Légeron Dans *Stress, burn-out, harcèlement moral (2016)*, pages 231 à 240

- CAIRN, « Comprendre et lutter contre l'épuisement professionnel » Daniel Brandého Dans Pratiques en santé mentale 2019/1 (65e année), pages 41 à 45
- CAIRN, « Risques psychosociaux : envisager le burnout comme un processus organisationnel » Ludovic Picard, Jacques Jaussaud Dans RIHLE : revue interdisciplinaire Management, Homme et Entreprise. 2018/4 (n° 33, vol. 7), pages 34 à 52
- INRS, guide d'aide à la prévention, l'épuisement professionnel mieux comprendre pour mieux agir. 32 pages
- INRS : dépister les risques psychosociaux, des indicateurs pour vous guider, Brochure, 43 pages.
- Lachmann, H, Larose, C, Pénicaud, M. 2009. Rapport au 1^{er} ministre : Bien-être et efficacité au travail, p5.
- COLOMBAT Philippe, BAUCHETET Chantal, FOUQUEREAU Evelyne. La démarche participative dans les soins. Gestions hospitalières n°534. mars 2014. P68

Les cours :

- Mme GIRAUD Monique « Les risques psychosociaux et management ». 8 novembre 2022. ECUE 4.3.

Les vidéos :

- Helene, L. (2017). sep. (A. médical, Intervieweur) <https://youtu.be/cBU11BrL56o> consulté le 10 novembre 2022
- Dejours, Cotta, J, 2016. Infrarouge : Dans le secret du burn out. France 2. <https://www.youtube.com/watch?v=VL2SNo1ZpIY>

Thèse en ligne :

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

La webographie :

- Plan santé 2021-2025 : <https://travail-emploi.gouv.fr> consulté le 25 janvier 2023
- La Certification des établissements : <https://www.has-sante.fr>
- Organisation international du travail <https://www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm> consulté le 10 février 2023
- Dictionnaire Larousse : <http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/travail/98505>
- PETERS Suzanne. Le burn out ou l'épuisement professionnel, American chamber of commerce- France, 28 janvier 2008.

Annexes :

ANNEXE 1 TRADUCTION FRANCAISE DU MASLASH BURNOUT INVENTORY (MBI)

ANNEXE 2: LES FICHES DESCRIPTIVES DES CRITÈRES DE CERTIFICATION.

ANNEXE 3 GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE

ANNEXE 4 GRILLE D'ENTRETIEN POUR LE PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL

ANNEXE 5 RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DU CADRE D

ANNEXE 1 TRADUCTION FRANCAISE DU MASLASH BURNOUT INVENTORY (MBI)

ECHELLE DE MASLACH Format PDF

Evaluation de votre niveau d'épuisement professionnel

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item. Entourer le chiffre correspondant à votre réponse							
	Jamais	Quelquefois par année au moins	Une fois par mois au moins	Quelques fois par mois	Une fois par semaine	Quelques fois par semaine	Chaque jour
1. Je me sens émotionnellement vidé par mon travail	0	1	2	3	4	5	6
2. Je me sens « à bout » à la fin de ma journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6
4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent	0	1	2	3	4	5	6
5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6
6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'effort	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 au 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 ragaillard(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

ANNEXE 2: LES FICHES DESCRIPTIVES DES CRITÈRES DE CERTIFICATION.


Objectif 3.5

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère 3.5-01 La gouvernance a une politique de qualité de vie au travail (QVT)

La gouvernance mène avec les professionnels de l'établissement une démarche qualité de vie au travail. Cette démarche répond aux enjeux identifiés et partagés par l'ensemble des acteurs en s'appuyant sur leur expérience. Elle prend en compte l'ensemble des éléments propres à l'établissement en matière d'activités, de métiers, d'environnement et d'organisation du travail, de distribution générationnelle. Les actions développées dans ce cadre et mises en œuvre au plus près du terrain sont appréciées au plan des résultats.

Tout l'établissement Standard

Éléments d'évaluation	Audit système	
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none">- Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social.- L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives des professionnels et connus par eux.- La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels ou, le cas échéant, les personnels sont invités selon des modalités diverses à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT.- La politique/démarche QVT tient compte des composants démographiques, sexe et âge, analyses et variations d'absentéisme, de turn-over, d'arrêts maladie.- Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">- Il existe au sein des unités de travail des espaces – temps de discussions collectives qui permettent de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail.- Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain.		 <p>Références HAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019. <p>Références légales et réglementaires</p> <ul style="list-style-type: none">• Art. L. 6143-2-1 du CSP. <p>Autres références</p> <ul style="list-style-type: none">• Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.• Rapport annuel de l'Observatoire national des violences en milieu de santé, 2018.

Objectif 3.5

Les professionnels sont impliqués dans une démarche de qualité de vie au travail impulsée par la gouvernance

Critère 3.5-02 La Gouvernance met en place des mesures de gestion des difficultés interpersonnelles et des conflits

Si les difficultés interpersonnelles et les conflits sont inévitables en situation de travail, des mécanismes de prévention et de régulation doivent opérer. Ces dispositifs sont connus et opérants, ils visent à permettre la préservation des relations interpersonnelles et interprofessionnelles et ce faisant la cohésion des équipes. Le management, et tout particulièrement le management de proximité, joue un rôle essentiel dans ce domaine et doit être soutenu dans cette fonction. Ces conflits, s'ils ne sont pas prévenus ou traités, peuvent impacter durement le fonctionnement des collectifs professionnels, altérer la qualité de vie au travail, atteindre au travail lui-même et avoir des répercussions dommageables sur la qualité et la sécurité des soins.

Tout l'établissement **Standard**

Éléments d'évaluation	Audit système
<p>Gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none">En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de médiation respectant la confidentialité. <p>Professionnels</p> <ul style="list-style-type: none">Les difficultés de relations interprofessionnelles, interdisciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités propres à l'établissement et connues, en sus des modalités de l'évaluation professionnelle.Des dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique sont accessibles à tous les professionnels quels que soient leur métier ou leur statut.	



Références HAS

† Construire une démarche qualité de vie au travail, 2019.

Références légales et réglementaires

- Art. L. 6143-2-1 du CSP.
- Décret n° 2019-897 du 28 août 2019 instituant un médiateur national et des médiateurs régionaux et interrégionaux pour les personnels des établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.

Autres références

- Stratégie nationale d'amélioration de la qualité de vie au travail, Prendre soin de ceux qui nous soignent – 5 décembre 2016, ANACT.

ANNEXE 3 GRILLE D'ENTRETIEN DES CADRES DE SANTE

Présentation avant l'entretien :

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

Cet entretien dure environ trente minutes. Pour me permettre une analyse de qualité de cet entretien, je souhaiterais enregistrer nos échanges. Êtes-vous d'accord ?

Talon sociologique :

- Quelle est votre fonction ?
- Quelle est votre parcours professionnel ?
- En quelle année avez-vous été diplômé(e) ?
- Quel est votre âge ?
- Quelle est votre ancienneté dans le service ?
- Quelle est votre ancienneté en psychiatrie ?

Questions principales :

Question 1 : Comment expliciteriez-vous les Risques Psycho-Sociaux en quelques mots clés ?

Question 2 : Existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au sein de votre établissement ? Si oui, laquelle ?

Question si oui à la 2 : Êtes-vous missionné et associé à la politique de prévention ?

Question 3 : Qu'est-ce qu'est, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ? (Ou mots clés ?)

Question 4 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition du SEPS en service de psychiatrie ? Si oui, lesquels ?

Question 5 : Comment avez-vous été sensibilisé au SEPS ?

Question 6 : En tant que cadre de santé, considérez-vous que la prévention du SEPS est une de vos missions ?

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

Question 8 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je vous remercie pour cet entretien.

Questions de relance :

Question 1 : Quelle est votre posture managériale face à l'épuisement professionnel ? Précisez.

Question 2 : Avez-vous été confronté à ce syndrome durant votre pratique au sein de votre unité ?

ANNEXE 4 GRILLE D'ENTRETIEN POUR LE PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL

Présentation avant l'entretien :

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

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

Question 1 : qu'est-ce que, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ?

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

Question 3 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition des RPS et du SEPS ? Si oui, lesquels ?

Question 4 : Savez-vous quelle est la prévalence de l'épuisement professionnel au sein de l'établissement ? Précisez.

Question 5 : Existe-t-il une procédure concernant le SEPS au niveau institutionnel ? Précisez.

Question 6 : En tant que psychologue du travail, que mettez-vous ou pouvez-vous mettre en place pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants ?

Question 7 : Pour vous, quel(s) est/sont le(s) rôle(s) du cadre de santé dans la prévention du syndrome d'épuisement professionnel ?

Question 8 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je vous remercie pour cet entretien

ANNEXE 5 RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN DU CADRE D

Talon sociologique :

- Quelle est votre fonction ? cadre de santé.
- Quelle est votre parcours professionnel ? Je travaillais dans tout autre chose avant 2010, j'étais commerciale et je suis allé à l'école d'infirmière, donc diplômée en 2010, j'ai fait le choix de travailler en psychiatrie.
- En quelle année avez-vous été diplômé(e) ? je suis diplômée cadre de santé en 2018 de l'école de Montsouris.
- Quel est votre âge ? 38 ans.
- Quelle est votre ancienneté dans le service ? 2018.
- Quelle est votre ancienneté en psychiatrie ? 2010.

Questions principales :

Question 1 : Comment expliciteriez-vous les Risques Psycho- Sociaux en quelques mots clés ? Moi, je définis ça comme une situation ou un contexte qui va induire des conséquences psychologiques ou sociales sur les gens souvent en lien avec ton travail... La situation ou le contexte, j'entends.

Question 2 : Existe-t-il une politique de prévention des RPS menée au sein de votre établissement ? Si oui, laquelle ? Il existe certaines choses dans l'établissement, mais ce n'est pas vraiment suivi je pense. Il y a une adresse mail pour signaler la présence de RPS dans notre service, elle est à dispo de tout le monde, cadre, soignants, etc. Je crois qu'elle est gérée par le service de santé au travail, mais en fait, je ne suis pas sûre et je me dis que si je ne le sais pas, les soignants ne doivent peut-être pas avoir l'info non plus.

Il y a des ateliers pour sensibiliser les cadres de proximité au RPS, et des groupes de travail auxquels mon cadre sup a participé, mais franchement je ne sais pas à quoi ça abouti.

Je ne crois pas qu'il y ait des formations ou ateliers pour les soignants.

En fait, voilà... Il y a des choses, mais pas assez d'informations dessus donc on sait sans savoir...

Question si oui à la 2 : Êtes-vous missionné et associé à la politique de prévention ?

Oui, car les cadres sup sont sollicités, comme je le disais, mon N+1 a participé à l'élaboration de questionnaires à destination des soignants.

- **Quel était le but de ce questionnaire ?**

De recueillir les difficultés les plus présentes au sein de l'établissement. Je suis dans l'établissement en tant que cadre depuis 5 ans, j'ai vu ce questionnaire deux fois. Le problème c'est qu'on n'a jamais eu de retour de l'enquête et les soignants s'en sont plaint.

Question 3 : Qu'est-ce qu'est, pour vous, le syndrome d'épuisement professionnel soignant ? (Ou mots clés ?) Je dirais que c'est l'état de santé psychique d'une personne qui se dégrade au sens psychiatrique j'entends... Toujours en lien avec son travail.

Je dirais même que c'est le travail qui en est la cause.

C'est un soignant qui pleure sans raison, qui s'énerve alors qu'il ne le faisait pas autant, ou à l'inverse un soignant qu'on n'entend plus, qui ne réagit plus, qui va être seul dans son coin, sans interactions. Un robot qui fait ce qu'on lui demande pour imager mes propos.

Question 4 : Pensez-vous qu'il existe des facteurs favorisant l'apparition du SEPS en service de psychiatrie ? Si oui, lesquels ?

L'exposition à la violence déjà... (silence) la contrainte, on accueille beaucoup de patients qui ne souhaitent pas être là, ce qui fait que la violence a tendance à être accrue avec ce genre de patients.

La relation de soin peut être source d'épuisement, nous sommes face à des patients en souffrance psychique qui se permettent d'exploser en service de soin, et les soignants se prennent ces souffrances de plein fouet, et en permanence. Je pense aussi qu'on ne vient pas en psychiatrie par hasard... Je parle des soignants. On le dit souvent... et en tant que cadre, il faut savoir qu'on a souvent face à nous des soignants sensibles, c'est ce qui fait aussi leur force. Ils ont une empathie et une écoute exceptionnelle pour certains, mais ça peut être sur le long terme facteur d'épuisement. Il faut les accompagner. Moi j'ai fait ce travail pour accompagner les gens. Je m'égare un peu... (silence) d'autres facteurs ?

Ah oui... La psy à souvent était dotée de beaucoup de personnel, on ne va pas se plaindre, et c'est une réalité. Mais depuis quelques années, je dirais 3ans peut être, en tous cas moi je le ressens depuis trois ans, le manque de personnel se fait vraiment sentir et on commence à rappeler les gens sur leurs vacances

et repos. Ça entraîne forcément des facteurs d'épuisement pour eux et moi on ne va pas se mentir c'est compliqué...

- **Qu'est ce qui est compliqué pour vous ? Peut-on développer ?**

Bah moi, ça touche à mes valeurs. Je sais que je tire sur la corde en rappelant les soignants mais le service continue, je n'ai pas le choix... ça me coûte, je ne le fais pas très souvent pour le moment, mais je pense que les choses ne vont pas s'arranger. Et à un moment donné, je sais que je serais en opposition avec ma hiérarchie, il faudra trouver d'autres solutions. Je ne le ferais plus.

En fait, je pense surtout que ça ne doit pas devenir une manière de fonctionner, comme cela peut se faire dans d'autres services généraux.

- **Très bien, merci. Voulez-vous ajouter d'autres choses concernant les facteurs de SEPS en lien avec la psychiatrie ?**

Oui, je rajouterai la disparition de l'infirmier psy. Les ISP (infirmiers en soins psychiatriques) sont bientôt tous en retraite, et les nouveaux diplômés sont formés par des infirmiers ayant eu un diplôme général. Ce que je veux dire, c'est que le renouvellement des équipes entraîne, à mon sens, une perte des valeurs de la psychiatrie. Moi je suis arrivé en psychiatrie, il y avait encore plein d'ISP, ils m'ont transmis les valeurs psy, l'écoute, l'accompagnement et j'en passe. Je trouve que ça se perd en service, et parfois les attentes des patients ne sont plus les mêmes que les soignants, et ça peut faire augmenter la violence en service.

Question 5 : Comment avez-vous été sensibilisé au SEPS ?

L'épuisement professionnel, pas vraiment, mais pour les RPS je fais partie d'un groupe d'analyse de pratique 2 fois par an avec d'autres cadres de l'établissement et le psychologue du travail. On expose des situations et on en choisit une que l'on décortique ensemble pour faire le point sur comment accompagner au mieux les agents, comment nous positionner, etc.

Question 6 : En tant que cadre de santé, considérez-vous que la prévention du SEPS soit une de vos missions ?

Oui, mais souvent je suis seule face à ça quand même.

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

Les moyens ? (Rires) Bah, pas grand-chose. Après, je ne trouve pas mon équipe particulièrement épuisée et je ne crois pas avoir des gens en souffrance...

Mais je suis vigilante aux changements de comportement des soignants, quelqu'un qui va se plaindre plus que d'habitude, qui va gueuler plus fort que les autres fois. Ou alors que le travail n'est pas ou mal fait, alors que d'habitude c'est un soignant très rigoureux. Dans ce cas, je fais en plusieurs temps. Déjà, je fais un entretien informel comme par exemple le soignant qui vient te demander du papier toilette pour la chambre 10, parce que ce n'est pas anodin la demande de papier toilette, surtout quand tu ne gères pas ça de base. Mais ce jour-là, il te le demande à toi... Dans ce cas, on discute, je dis toujours à l'agent que j'ai remarqué, j'ai vu que... et des fois la discussion déborde sur la vie privée, ça commence souvent par ça d'ailleurs... En fonction, j'adapte ma posture.

- **C'est-à-dire ?**

C'est-à-dire... Je reste le cadre, et je ne vais pas insister non plus, il y a le rapport hiérarchique, il ne faut pas que ce soit pris pour du harcèlement non plus. Je ne suis pas le psychologue, des fois je les dirige vers les professionnels compétents, ou si je sens qu'il y a une grosse fatigue et qu'il ne faut pas trop tirer sur la corde, je préfère lui poser quelques jours si je peux le faire. C'est ma stratégie managériale et je peux le faire car j'ai l'appui de mon supérieur, je dis toujours : je préfère poser trois jours qu'avoir quinze jours d'arrêt maladie.

Question 8 : Y-a-t-il un sujet en lien avec l'épuisement professionnel que nous n'avons pas abordé durant l'entretien et qu'il vous semble important de partager ?

Je crois que c'est important de dire que l'épuisement pro, le prendre soin, etc. C'est beaucoup parlé dans les institutions, mais les actions concrètes on ne les voit pas. Je vous donne un exemple, j'ai eu une formation il y a un mois sur la nouvelle plateforme pour les évaluations annuelles, qui se font de manière informatisée maintenant, enfin fin 2023 elles seront informatisées. (Rires) Oui, nous sommes en retard. Dans le formulaire à remplir il y a une question : l'agent a-t-il été victime de harcèlement sexuel ou psychique. OK ? on prend en compte ça, c'est bien, probablement obligatoire je ne sais pas mais bon on doit aborder cette question avec l'agent... Si l'agent répond oui, on fait quoi ? A aucun moment, on sait ce qu'on doit faire, s'il y a une démarche particulière, quelque chose à enclencher par la suite, etc. J'ai posé la question lors de la formation, la réponse a été : « On va espérer qu'on en aura pas... ». Je trouve

que ça montre bien qu'ils essaient de faire les choses, mais ce n'est pas vraiment pris au sérieux.

Et je finirais par dire qu'un cadre qui ne va pas bien ne peut pas prendre soin de son équipe, ni l'accompagner comme il se doit... Oui, l'accompagnement, c'est mon truc (rires)...

- Merci beaucoup pour cet échange.

Je vous en prie.

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@22-23

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT :

La prévention de l'épuisement professionnel : Rôle du cadre ?

AUTEUR :

Lamande Stacy

MOTS CLÉS : Épuisement professionnel, Management, Prévention, Psychiatrie, Communication

KEY WORDS :

Burn-out, Management, Prevention, psychiatrie, Communication

RÉSUMÉ

Le travail sur les risques psychosociaux s'est développé assez récemment dans nos organisations hospitalières, notamment dans le contexte de réformes hospitalières et plus récemment avec la crise covid de 2020. L'épuisement professionnel des soignants est de plus en plus important, situation à laquelle les soignants en psychiatrie sont fortement exposés, notamment par la complexité des prises en charge, leur chronicité et la présence de situations violentes au sein des services.

La question posée est celle des stratégies managériales que le cadre peut adopter dans la prévention de l'épuisement professionnel des agents des services hospitaliers de santé mentale.

J'ai effectué dans un premier temps des recherches théoriques qui m'ont permis d'appréhender plusieurs concepts (risques psychosociaux, management, communication, etc.) dans le but d'affiner ma problématique.

J'ai effectué par la suite une enquête de terrain auprès de cadres de santé en services de psychiatrie. J'ai par la suite analysé les différents entretiens, ce qui m'a permis d'affirmer mes hypothèses.

ABSTRACT

Work on psychosocial risks has appeared quite recently in our hospital organisations, especially in the context of hospital reforms and more recently with the covid of 2020. The caregivers burnout is increasing, a situation with psychiatry caregivers are highly exposed to, especially due to complexity of provided care, chronicity and the possible violent situations within the units.

The question asked is what kind of management strategies the manager may put in place concerning prevention of burnout for mental health workers.

First of all, I have done some theoretical researches which allowed me to get a better understanding of several concepts (psychosocial risks, management, communication, ect) in order to refine my problem.

Then I have done a field survey with health managers working in psychiatric units. Afterwards, I analyzed all the interviews this allowed me to confirm my research hypothesis.