

**UNIVERSITE PARIS DESCARTES**

**Faculté Cochin-Port Royal**

**Diplôme Inter-Universitaire d’Infirmier Référent en EHPAD  
et en SSIAD**

**L’épuisement professionnel en EHPAD....  
Comprendre et prévenir....**

**Année Universitaire 2014/2015**

**Réalisée par**

**Madame Manuelle Marchand-Pégard**

**Infirmière référente**

**Résidence des Pays de Somme (EHPAD)**

**80520 WOINCOURT**

**Directeur de mémoire**

**Madame Guity Emami-Khoï**

**Directrice**

**Résidence des Pays de Somme**

**80520 WOINCOURT**

## **REMERCIEMENTS**

Avant tout, je tiens à remercier toute l'équipe pédagogique pour son investissement tout au long de la formation. Mes grands remerciements à Mme GUILTY EMAMI, Directrice de mémoire et Directrice de l'EHPAD où j'exerce actuellement, de m'avoir encouragé à suivre cette formation, d'avoir démarché pour son financement et de m'avoir toujours soutenu. Mes remerciements vont également à mes collègues, ma sœur qui m'a accueilli à son domicile, mes amies. Enfin, un grand merci à mon époux et mes enfants pour leurs encouragements.

# Sommaire

Introduction.....	3
1. Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out ».....	4
1.1. Définition.....	4
1.1.2 La spécificité du syndrome d'épuisement professionnel.....	7
1.2 Les paramètres constitutifs.....	8
2. Le soignant et l'environnement gérontologiques.....	8
2.1. La souffrance du soignant .....	9
2.1. Les dysfonctionnements du soignant .....	9
3. Contextualisation : EHPAD « La Résidence des Pays de Somme ».....	10
3.1. Présentation de l'établissement.....	10
4. Réalisation d'un diagnostic des risques psychosociaux.....	12
4.1. Rappel méthodologique.....	12
4.2. Les impacts identifiés.....	13
4.2.1 Une implication forte du personnel.....	13
4.2.2. Un jugement plutôt positif des conditions de travail.....	13
4.2.3. Un fort décalage avec certaines expressions individuelles.....	14
4.2.4 Quelques pistes de progrès figurent dans la monographie du Cabinet Geste.....	14

<b>5. Les stratégies d'action de la directrice pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants.....</b>	<b>15</b>
<b>5.1. L'importance d'une politique de prévention .....</b>	<b>16</b>
<b>5.2. Amélioration des actions engagées .....</b>	<b>16</b>
<b>5.2.1. Poursuivre et adapter l'équipement.....</b>	<b>17</b>
<b>5.3. Mettre en place un système d'évaluation des formations.....</b>	<b>18</b>
<b>5.4. Enquête de satisfaction à destination des salariés.....</b>	<b>19</b>
<b>5.4.1 Résultats de l'enquête.....</b>	<b>20</b>
<b>5.4.2. Analyse et discussion .....</b>	<b>26</b>
<b>5.5 Valoriser et valider la parole des soignants.....</b>	<b>27</b>
<b>6. De nouvelles pistes de réflexion à explorer.....</b>	<b>28</b>
<b>7. Projet d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques .....</b>	<b>29</b>
<b>7.1 Politique qualité et les objectifs qualité .....</b>	<b>29</b>
<b>7.2. L'organisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité.</b>	<b>31</b>
<b>7.3. Définition d'une politique de gestion des risques .....</b>	<b>32</b>
<b>7.4. Gestion des événements indésirables .....</b>	<b>33</b>
<b>7.5. La formalisation des procédures.....</b>	<b>33</b>
<b>7.6. La dimension culturelle : l'instauration d'une démarche pérenne.....</b>	<b>34</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
<b>Bibliographie</b>	
<b>Liste des annexes</b>	

## INTRODUCTION

Ce mémoire a pour cadre la Résidence des Pays de Somme (EHPAD) établissement appartenant à l'UGECAM (Union de Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) où j'exerce la fonction d'infirmière référente.

En 2012-2013, j'ai été confronté à une cascade d'arrêt de travail dans mon équipe. L'insatisfaction et la souffrance que certains soignants exprimaient notamment par des plaintes sur le manque d'effectif, sur la charge physique du travail et sur certaines relations conflictuelles constituaient des facteurs importants dans l'apparition de cet épuisement professionnel. L'absentéisme multiple avait aussi impacté l'organisation de l'équipe. Pour pouvoir mettre en place des stratégies d'actions destinées à soutenir les soignants en souffrance, nous avons essayé de comprendre les manifestations, les motifs, et les conséquences réelles de ce qui semblait être un épuisement professionnel.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du diplôme universitaire d'infirmier référent de l'Université de Paris Descartes (Paris VII). Le choix du thème du mémoire s'est réalisé en concertation avec la directrice de la Résidence des Pays de Somme (Directeur de mémoire) en rapport avec mes fonctions dans l'établissement et dans le cadre d'un programme d'actions qualité et de gestion des risques qu'elle souhaite développer au sein de l'établissement.

La méthode utilisée pour répondre à l'objectif du présent mémoire repose sur des recherches bibliographiques, la consultation des documents internes (plans de formation, chiffres retraçant l'absentéisme, deux audits des risques psycho-sociaux et organisationnels réalisés dans l'établissement); des observations issues des réunions de service des deux unités (EHPAD et unité Alzheimer), des entretiens informels avec les soignants et une enquête distribuée aux professionnels.

Les données ainsi collectées permettent de mieux appréhender l'origine de l'épuisement professionnel des soignants de l'EHPAD.

## I- CADRE CONCEPTUEL

Le syndrome d'épuisement professionnel fait partie des principaux risques professionnels des soignants en ehpad.

### 1 Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out ».

#### 1.1 définition

Le concept du syndrome d'épuisement professionnel ou « burn out » naît dans les années 70 aux Etats-Unis grâce aux travaux menés par Herbert Freudenberger.

Docteur Freudenberger était psychiatre et psychanalyste dans une structure pour des toxicomanes. Cette structure offrait des horaires d'accueil différents des autres établissements et exigeait une grande disponibilité du personnel soignant. Ainsi, sous l'effet de la tension produite par le travail et l'engagement extrême des soignants, Herbert Freudenberger a pu observer l'installation d'une fatigue progressive ainsi que des troubles de la conduite et d'humeur chez une partie des soignants travaillant auprès des toxicomanes. Ceci l'a amené à utiliser, dès 1970, dans ses écrits le terme de « burn out » pour caractériser l'état mental de ces soignants ; *« je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie 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 intactes »*. Les travaux de H. Freudenberger ont permis de mettre en évidence certaines particularités des signes de syndrome d'épuisement professionnel et d'attirer l'attention sur le terme de « burn out » qui décrit un état clinique qu'aucun autre terme de la psychiatrie classique n'arrivait précédemment à décrire.

De plus, Freudenberger a clairement identifié ce syndrome comme touchant des personnes engagées dans une relation d'aide. Enfin, il a également montré que cet épuisement était la résultante de troubles survenant progressivement.

Le chercheur Christina Maslach a confirmé cette observation et a utilisé le terme « burn out » pour décrire l'attitude cynique insensible et négative observés chez certains soignants vis-à-vis de personnes qu'ils prenaient en charge. Les travaux de Christina Maslach lui ont permis d'élaborer un instrument de mesure du « burn out » : « Maslach burn out inventor » (MBI).

### **1.1.2 La spécificité du syndrome d'épuisement professionnel**

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

Le terme anglo-saxon de « burn out syndrome » évoque une combustion totale. Les personnes victimes du « burn out » sont au bord de la rupture.

Le terme japonais « kaloshi » signifie « mort par la fatigue au travail » suggère que l'usure peut aboutir à la mort de l'individu.

Enfin, le terme français de syndrome d'épuisement professionnel.

C. Maslach et S.E. Jackson ont étudié le syndrome d'épuisement professionnel selon une approche quantitative qui a abouti à l'élaboration d'un outil d'évaluation (le Maslach Burn Out Inventory) . En créant cet outil, ils ont défini ce syndrome selon trois critères.

- l'épuisement émotionnel,
- La déshumanisation de la relation à l'autre
- La perte de sens de l'accomplissement personnel au travail

La description de ces trois critères permet, d'une part de déceler le syndrome et, d'autre part, de comprendre son installation et sa progression chez l'individu.

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

Ensuite, la déshumanisation de la relation à l'autre constitue le noyau dur du syndrome. Cette dimension se caractérise par la perte de la qualité relationnelle dans les rapports interpersonnels. On constate une réification de l'individu pris en charge par le soignant. Il s'agit d'une mise à distance par l'utilisation d'une sorte d'humour grinçant ou noir dans les échanges quotidiens. Cette déshumanisation de la relation à l'autre traduit une forme de sécheresse relationnelle qui correspond à un mode de défense psychologique que des psychologues américains ont appelé le « John Wayne Syndrome ». Cette mise à distance de l'autre se fait à l'insu du soignant et malgré lui. Cependant, elle est souvent ressentie comme une forme d'échec personnel qui peut s'exprimer plus ou moins ouvertement dans la troisième dimension du syndrome.

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

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

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

### **1.2.1 les paramètres constitutifs**

#### **1.2.2. l'âge**

Plus les soignants sont débutant et jeune, plus ils sont à risque causé par : des services réputés difficiles, par les horaires, et n'ont pas la connaissance de l'expérience.

#### **1.2.3. La personnalité (qui intervient dans la perception du stress)**

Les soignants ne sont pas égaux face aux situations. Chacun fait face différemment, comme il peut.

Les soignants les plus sensibles sont les plus vulnérables, les soignants ayant une exigence extrêmes sont eux plus fragilisés par une mise en échec. Puis les soignants les plus motivé dans leur travail ont tendance à exercer un contrôle sur les autres.

#### **1.2.4 Vers la dépression**

Le syndrome d'épuisement professionnel s'apparent à une dépression. Sa gravité repose sur une véritable souffrance psychique.

#### **1.2.5. Signes somatiques.**

La fatigue, les céphalées, les troubles gastro-intestinaux, les troubles du sommeil, les troubles dorsaux...

### 1.2.6 Signes extérieurs.

- Les troubles du comportement
- Les conduites additives (médicaments, alcool...)
- Les troubles alimentaires
- L'altération de la sphère émotionnelle (incapacité à exprimer ses sentiments)
- L'existence possible de l' « inclusion ».

## 2. Le soignant et l'environnement gérontologiques

L'environnement gérontologique est décrit comme un milieu hostile et propice à toutes les difficultés pour le soignant. L'exercice de sa profession l'expose à une atmosphère quotidienne pesante, qui est alimentée par l'impact émotionnel du soin ; l'organisation institutionnelle dont l'objectif est centrée davantage sur les actes et les résultats immédiats et un manque de reconnaissance souvent perçu.

En ce sens, l'environnement gérontologique s'apparente davantage à un étau qui malmène la personne soignante, qu'à un espace favorable à l'expression et la valorisation de celle-ci.

### 2.1. La souffrance du soignant :

Dans le premier chapitre de son ouvrage « la personne âgée » Louis Ploton s'attelle à énumérer et développer les différents registres de la souffrance de soignant. Selon lui, elle émerge de « *la discordance entre son idéal et les obligations de sa pratique* », dans un contexte où on lui donne paradoxalement à soigner des incurables. Cette souffrance trouve aussi sa source dans le rapport à l'autre dépendant, où se développe selon l'auteur « l'équivalent d'une relation parent-enfant », opérant ainsi un renversement qui met le soignant en position angoissante de satisfaire le réceptacle de ses pulsions archaïques. Globalement, Louis Ploton localise les germes de cette souffrance dans la tension émotionnelle et l'omniprésence de l'idée de

mort, « une relation à trois » où chaque soignant doit entreprendre avec ses propres moyens de cohabiter de la manière « *la moins inconfortable possible avec les images de mort qui interfèrent dans la particularité de sa pratique* ».

## **2.2 Les dysfonctionnements du soignant :**

Lorsque l'inconfort, la souffrance atteint un seuil critique propre à chaque soignant, cela peut prendre des proportions plus importantes et plus contraignantes (pour la personne et l'institution). Des comportements inadaptés pouvant aller jusqu'à de la maltraitance, ou bien encore, prendre la forme d'un ensemble de signes laissant entrevoir un syndrome d'épuisement professionnel chez le soignant. Il importe de savoir reconnaître ce mal être singulier au travail, par le biais de la détection de signes systématiques et standardisés. Cette pathologie du travail concerne tout type de soignant et se caractérise par l'envahissement du mal-être sur la vie, en dehors du travail ; « j'ai toujours envie de pleurer avant de prendre mon poste de travail », « je viens au travail à reculons », « j'en rêve la nuit ». L'étude de ces dysfonctionnements s'articule globalement autour, de l'exaspération du poids institutionnel et de l'instabilité émotionnelle de la personne soignante.

La plupart des écrits sur le soignant explorent plus ou moins l'un de ces aspects pour entre apercevoir la personne au-delà de la tâche qu'elle réalise. Toutefois, ils semblent s'accorder sur l'observation du « supposé blindage de l'habitude » et des « mécanismes de défense où le soignant veille à garder la maîtrise de l'interaction », autrement dit, la réactivité plus ou moins appropriée du soignant dans le contexte gériatrique.

Fort de ce constat, ces écrits tendent vers une même réponse, celle de la nécessité de faire évoluer les pratiques du soignant en gériatrie. Cela est entrepris au travers de l'accroissement de ses aptitudes (formations), d'aménagements institutionnels (organisation temps, protocoles, matériel) et la prise en compte de sa difficulté émotionnelle face à l'autre âgé dépendant (espace de parole).

### **3. Contextualisation : L'EHPAD « La Résidence des Pays de Somme »**

#### **3.1. La présentation de l'établissement**

La Résidence des Pays de Somme est un établissement privé à but non lucratif de 53 place appartenant à l'Union de Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie Nord Pas de Calais Picardie.

Les UGECAM ont pour mission d'assurer la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux de l'Assurance Maladie du régime général en conformité avec les dispositifs de planification sanitaires et médico-sociale et les priorités fixés par les autorités de tarification.

La Résidence des Pays de Somme se divise en 2 unités de vie. Une unité de vie pour personnes âgées dépendantes de 37 lits et une unité de vie Alzheimer de 16 lits.

La Résidence dispose de 35 ETP pour 53 lits dont un ratio global lit/poste budgétaire de 0.65, le Gir Moyen Pondéré (GMP) est de 790 et le Pathos Moyen Pondéré est de 298. Le tarif est global.

La Résidence des Pays de Somme se situe dans un environnement rural, à proximité de certains axes routiers.

**Celui-ci dispose d'une très bonne réputation auprès de la population extérieure et des professionnels, notamment de part :**

 **La qualité de l'accompagnement.**

 **L'établissement est bien doté en personnel.**

Situé dans un parc paysagé de trois hectares, la Résidence des Pays de Somme est conçu de plain-pied. L'EHPAD est un lieu convivial où la vie est organisée dans le respect de l'indépendance de chacun. L'établissement est établi au cœur du village de Woincourt, à proximité des côtes normandes et des côtes picardes.

L'effort de formation au sein de l'établissement est important. Outre la VAE d'aide-soignante en 2007 et 2015 (20 salariés ont été impliqués) 10 salariés ont suivi une formation d'ASG (assistante de soin en gérontologie) en 2011 et d'autres formations

courtes (humanitude, gestes et postures, soins palliatifs etc. ;) ont été organisées en interne.

Malgré des conditions de travail favorable, l'établissement a connu une crise sociale majeure en 2012-2013 résultant d'un mal être généralisé du personnel, ce qui nécessita le déploiement d'un audit sur l'organisation du travail en septembre/octobre 2012 et un diagnostic des risques psycho-sociaux réalisé en juin 2013.

\*\*\*\*\*

## 4. Réalisation d'un Diagnostic des Risques Psychosociaux

### 4.1. Rappel méthodologique

Dans le cadre des négociations ouvertes fin 2012 sur le thème de la prévention des risques psychosociaux (RPS), il a été décidé d'un commun accord, entre la Direction Générale de l'UGECAM Nord Pas de Calais Picardie et les délégués syndicaux centraux, de réaliser un diagnostic sur les Risques Psychosociaux. Le Cabinet Geste a été mandaté pour réaliser cette prestation.

La démarche a été organisée autour de trois phases

- I. **Le Cadrage** de la mission avec la mise en place d'un comité de pilotage composé de représentants de la direction, les représentants du personnel et de professionnels
- II. **Etape 1** : Entretiens approfondis dans l'établissement afin d'identifier et contextualiser les facteurs de risque et aider à l'élaboration d'un questionnaire adapté à la Résidence des Pays de Somme.
- III. **Etape 2** : Réalisation d'une enquête par questionnaire anonyme auprès de tous les salariés de l'établissement.

Une monographie a été réalisée en synthétisant des éléments qualitatifs recueillis dans le cadre des entretiens menés dans l'établissement et les données quantitatives obtenues grâce à l'enquête par questionnaire. Elle donne des éléments de diagnostic des RPS dans l'établissement à travers **la perception des salariés** sur leurs conditions de travail. Elle met en avant également quelques pistes d'actions qui devront être complétées par celles retenues dans le protocole d'accord général de prévention des risques professionnels.

## **4.2 Les impacts identifiés**

### **4.2.1. Une implication forte du personnel**

Les résultats de l'enquête par questionnaire (25 réponses pour un effectif de 35 ETP) permettent d'éclairer et de mettre en perspective l'expression recueillie lors des entretiens sur site (13 personnes ont été rencontrées lors de 5 entretiens individuels et 2 entretiens collectifs).

Notons que le taux de réponse était élevé (71%) ce qui est un facteur positif car il traduit une implication et une volonté du personnel de s'exprimer sur son travail et sur le fonctionnement de l'établissement.

En plus de l'alourdissement de la dépendance des résidents, les tâches supplémentaires (la tâche d'entretien du linge des résidents a été transférée au personnel des secteurs afin d'économiser quelques 45 000€) constituaient un sujet de tension au sein de l'établissement. Cette tâche étant assurées l'après-midi, elles mobilisent (encore aujourd'hui) un poste qui n'est plus disponible auprès des résidents.

### **4.2.2 Un jugement plutôt positif des conditions de travail**

Le jugement exprimé sur les conditions de travail du personnel (satisfaction du temps de travail, des conditions matérielles pour le réaliser) était en majorité positif. Néanmoins, les principales difficultés rencontrées provenaient de la charge de travail.

La monographie produite en 2013, met néanmoins l'accent sur la qualité des relations entre collègues, la hiérarchie et les personnes accueillies. La construction d'un projet individuel de la personne accueillie facilite le travail de la plupart des répondants.

En 2013, certains estimaient que les conditions de travail se dégradent mais ils étaient moins nombreux que la moyenne de l'ensemble des salariés de l'UGECAM.

#### **4.2.3 Un fort décalage avec certaines expressions individuelles**

En 2013, ces résultats donnaient à penser que la situation des salariés de l'établissement vis-à-vis des RPS était assez favorable par rapport à la moyenne des salariés de l'UGECAM (le résultat de l'enquête en 2015 est pro ou peu identique à celle de 2013). L'expression directe des salariés était en décalage par rapport à l'appréciation qui ressort de l'enquête. Le Cabinet Geste avait en effet entendu certaines personnes exprimer un mal être par rapport aux conditions de travail, à la charge de travail et aux relations humaines à l'intérieur de l'établissement.

Le résultat du diagnostic psycho-sociaux de juin 2013, montrent que les risques psycho-sociaux peuvent être ressentis comme faibles pour une majorité des personnes et pour d'autres ils sont exacerbés. *« Ces personnes en situation de souffrance, voire en situation de violence avec des collègues ou des supérieurs doivent être entendues même si elles sont minoritaires ».*

#### **4.2.4 Quelques pistes de progrès figurent dans la monographie du Cabinet Geste**

##### **Renforcer la dimension managériale au sein des équipes**

L'audit organisationnel effectué fin 2012 par le Cabinet Altaïr avait produit des avancées non négligeables notamment avec la production des fiches de poste qui apportent de la clarification dans les missions à réaliser et dans les articulations entre les postes de travail.

Cependant, la démarche continue de la qualité et gestion des risques reste à être mise en place. La résidence fonctionne en mode pompier, cela veut dire

que l'on met en place les actions lorsque la crise est présente ou une évaluation est programmée. Cette notion de continuité des actions d'amélioration de la qualité et gestion des risques n'est pas intégrée.

**Un des axes de progrès préconisé et non réalisé encore à ce jour, est d'ancrer mieux ces outils qualité dans le fonctionnement de l'établissement au jour le jour, ce qui demande de l'écoute mutuelle, de la confiance dans le travail des autres, une réactivité dans la mise en place des projets et leurs évaluations.**

Le groupe de parole qui avait été mis en place de février à avril 2013 avait permis un début d'échange et d'expression directe des personnels bien que les méthodes d'animation proposées furent contestées, l'impact positif de ces groupes de parole est encore aujourd'hui visible dans l'établissement.

**Les préconisations du Cabinet Geste pour éviter ce genre de dérive, étaient de développer des réunions d'échanges sur les pratiques de travail qui impliquent à la fois l'encadrement direct et les agents. « *Ces réunions doivent être des occasions de dialogue constructives et non pas l'expression de décisions aussi fondées soient-elles* ».**

##### **5. Les stratégies d'action de la directrice pour prévenir l'épuisement professionnel des soignants**

L'expérience de la crise vécue par l'établissement en 2012/2013 démontre que le risque d'épuisement professionnel des soignants existe et ceci malgré de bonnes conditions de travail et un ratio de personnel suffisant.

La direction de l'établissement a déjà entrepris des actions destinées à le prévenir. Dans un contexte de vieillissement de la population soignante, la mise en œuvre d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel permet non seulement d'approfondir les actions engagées mais également

de réfléchir à de nouvelles orientations et la mise en place des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM.

### **5.1. L'importance d'une politique de prévention du risque d'épuisement professionnel dans un contexte de vieillissement de la population soignante.**

A la Résidence des Pays de Somme, la pyramide des âges des aides-soignantes œuvrant dans le secteur EHPAD est préoccupante, l'âge moyen du personnel soignant de l'établissement est de 46 ans.

A ce vieillissement des soignants vient s'ajouter un vieillissement des résidents dont l'âge moyen est de 86.5 ans. Celui-ci s'accompagne d'un alourdissement et d'une aggravation de leurs pathologies, ce qui entraîne une augmentation de la pénibilité du travail des soignants.

Face à ce constat, la directrice de l'établissement œuvre désormais en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants. Face à la configuration de la pyramide des âges des soignants de l'EHPAD, la directrice doit également mettre en place des actions destinées à permettre aux soignants ayant plus de 45 ans de maintenir (55% de l'ensemble des soignants) une capacité professionnelle satisfaisante au regard des exigences de leur poste de travail. La prévention de l'épuisement professionnel constitue un axe essentiel de l'action menée en faveur du maintien de la capacité professionnelle des soignants.

## **5.2. L'Amélioration des actions déjà engagées en vue d'ancrer une politique forte de prévention du risque d'épuisement professionnel.**

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

### **5.2.1 Poursuivre et adapter l'équipement en matériel destiné à réduire la charge physique de travail.**

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

Ainsi la directrice a décidé d'investir dans l'acquisition de lève-malades mobiles à harnais. La majorité des soignants interrogés au cours des réunions et entretiens déclare les utiliser, lors des transferts des résidents du lit au fauteuil et du fauteuil au lit, lorsqu'ils sont facilement accessibles et qu'ils prennent le temps d'aller les chercher. Des formations à l'utilisation de ce matériel ont été organisées par l'ergothérapeute de l'établissement et le fournisseur des appareils médicaux.

Cependant, l'exiguïté de certaines chambres constitue un frein réel à l'utilisation des lève-malades. Aussi, il semble intéressant d'étudier la possibilité d'installer des lève-malades sur rail au plafond dans les chambres de future extension de l'établissement. Ces lève-malades présentent des avantages en matière de prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) pour le personnel soignant.

L'acquisition des verticalisateurs a permis aussi d'améliorer les conditions de prise en charge des résidents et éviter des TMS. Les verticalisateurs sont des

appareils de transfert destinés à redresser le résident pour pouvoir le transférer du lit au fauteuil. Ce dernier est plus efficace qu'un lève-malades pour les résidents qui peuvent encore être sollicités, car il encourage la mobilité.

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

### **5.3. Mettre en place un système d'évaluation des formations et privilégier les plus performantes en termes de prévention de l'épuisement professionnel**

La directrice de l'établissement accorde une grande importance à la formation du personnel. Elle élabore en collaboration avec l'équipe de direction un plan de formation annuelle dont l'objectif est de permettre au personnel d'acquérir des compétences et des qualifications nouvelles pour s'adapter aux évolutions des techniques et de la qualité des soins.

Elle privilégie aussi les formations répondants à des objectifs individuels, telles que des formations permettant les promotions professionnelles (en 2014/2015, la préparation du DU d'infirmière référente, DU de soins palliatifs, Certification Afnor d'expert qualité et d'évaluation externe)

En 2014, le plan de formation avait privilégié les formations gestes et postures et des formations accompagnement de fin de vie par l'équipe mobile de soins palliatif du centre hospitalier d'Abbeville et par le médecin coordonnateur.

La prévention des accidents du travail apparaît parmi les priorités de l'établissement depuis plusieurs années. Plusieurs formations destinées à réduire la souffrance physique et morale des soignants sont organisées au sein de l'établissement. La directrice souhaite que tout au long de l'année 2015/2016 l'ergothérapeute évalue les pratiques professionnelles et organise des formations individuelles pour corriger la pratique des soignantes dans les manutentions effectuées quotidiennement.

En outre, ces formations permettent d'assurer que les agents utilisent correctement les lèves-malades qui sont mis à leur disposition.

L'établissement consacre un budget annuel conséquent aux actions de formation. Le budget de formation en 2015 représente 6 % du budget global de l'établissement.

Enfin, pour que la formation constitue un outil efficace en matière de prévention, l'infirmière référente avec la directrice de l'établissement mettront en place des instruments d'évaluation des besoins et des résultats des formations organisées pour les soignants. Les entretiens annuels devraient servir à faire émerger les demandes de formation et la distribution d'un questionnaire aux soignants à l'issue de chaque formation permettraient de recueillir les besoins de soignants et parfaire les plans de formation.

#### **5.4 Enquête de satisfaction à destination des salariés**

Afin de prévenir l'épuisement professionnel et les risques psycho-sociaux, j'ai diffusé un questionnaire anonyme auprès du personnel et a permis d'affiner deux ans après la mise en place du diagnostic du RPS et au-delà des mesures déjà mises en place pour faciliter le travail physique des soignants, quel actions de prévention peut-on proposer.

Pour ce faire, j'ai choisi d'élaborer un questionnaire anonyme et confidentielle pour le personnel soignant bien que le personnel évite d'exprimer son stress, son mal-être, ses souffrances au travail de peur des « quand dira t on »

Cet outil me permettra de détecter, d'abord si l'épuisement est réel malgré l'ensemble des mesures mises en place depuis 2012.

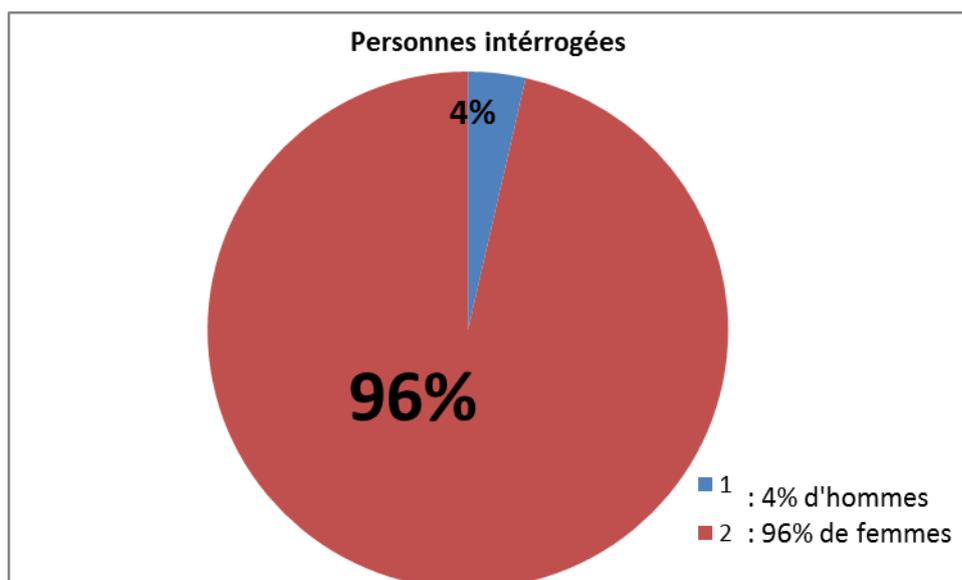
Le questionnaire a été distribué au personnel de l'EHPAD, une équipe de 12 soignantes (aides-soignantes, aides-médico-psychologique, IDE) que j'encadre en tant infirmière référente.

Le questionnaire a été distribué le 18 mai 2015 avec un retour pour le 9 juin. 80% du personnel a répondu à l'ensemble des questions.

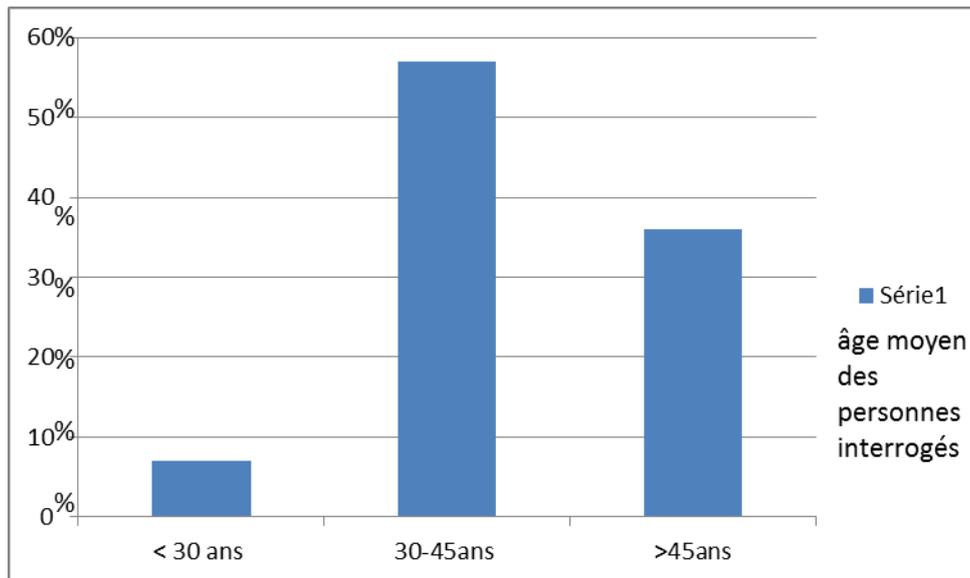
J'ai souhaité aborder le soignant dans sa globalité. Ce questionnaire permet de détecter certains facteurs de mal-être au travail pouvant induire des effets néfastes sur la santé.

#### 5.4.1 RESULTATS DE L'ENQUETE

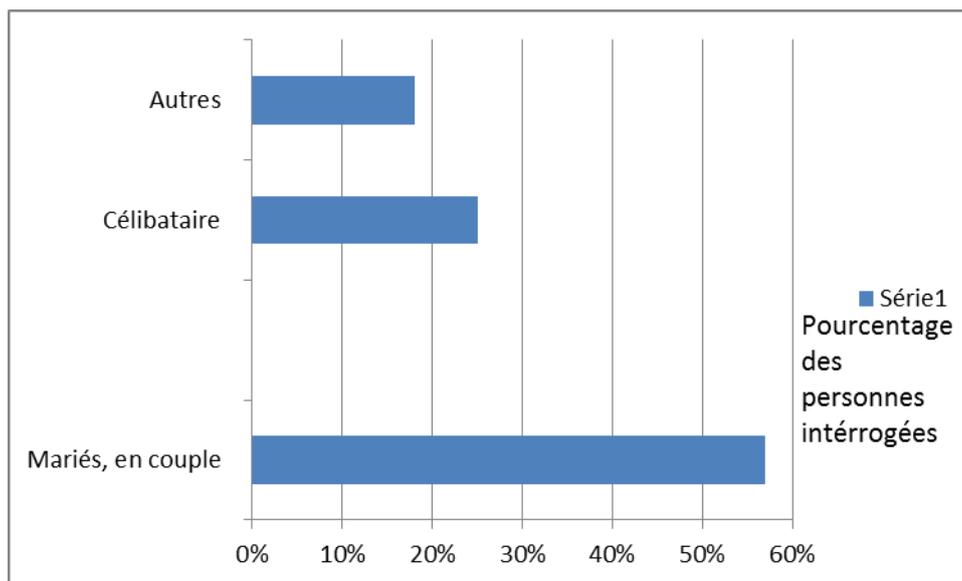
96 % des personnes interrogés sont de sexe féminin



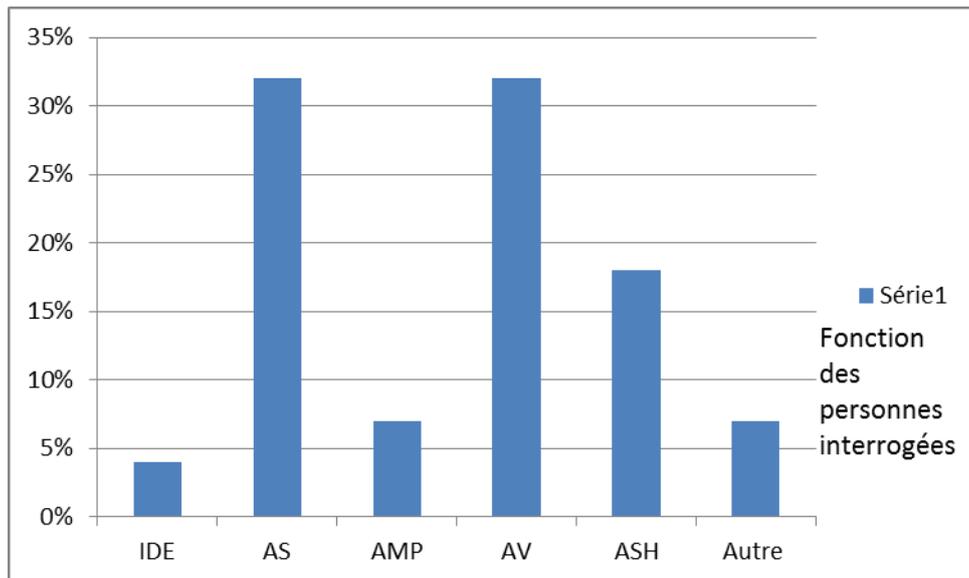
57% des soignants interrogés sont âgés de 30 à 45 ans



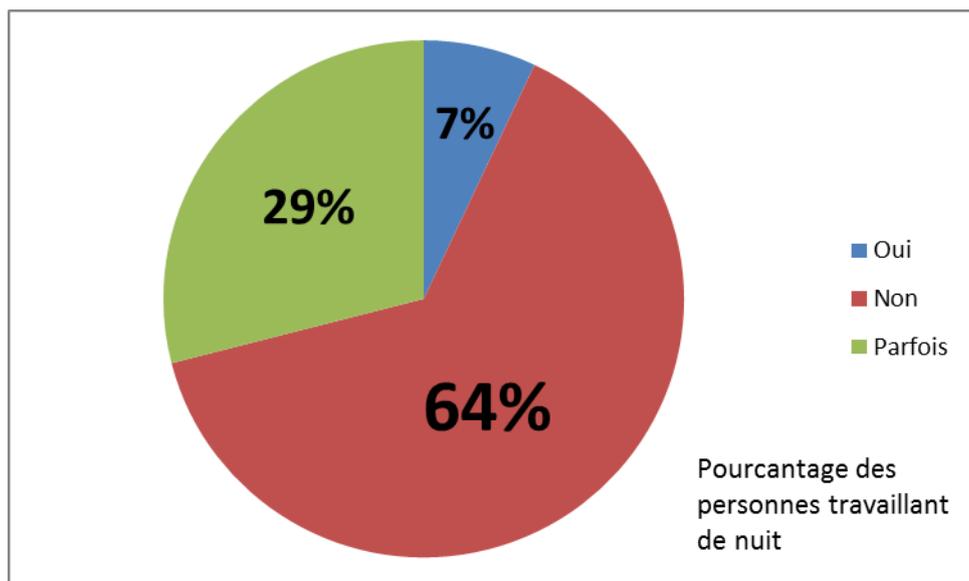
57 % des personnes interrogées sont mariés ou en couples.



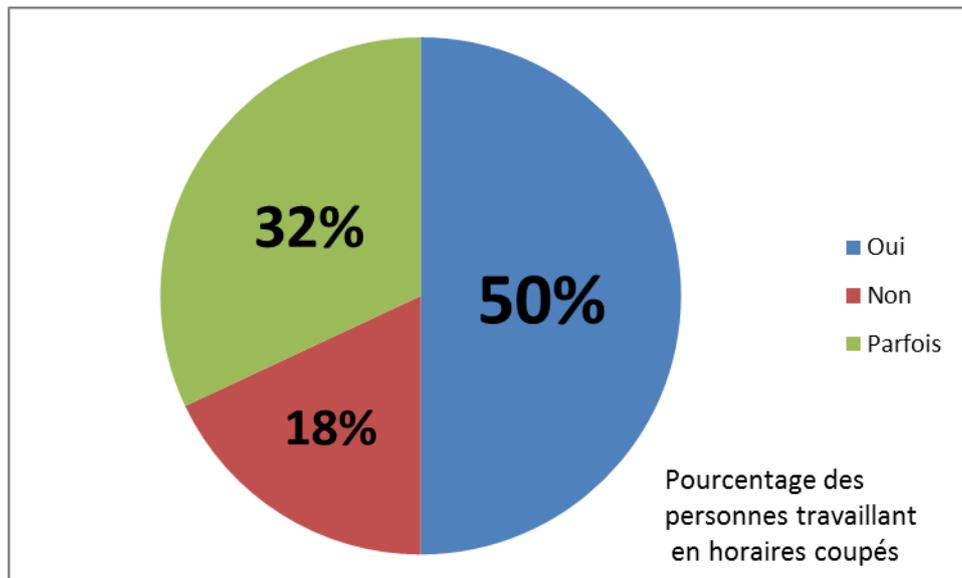
La fonction des personnes interrogées sont principalement des aides-soignantes (32%) et des auxiliaires de vie. (32%)



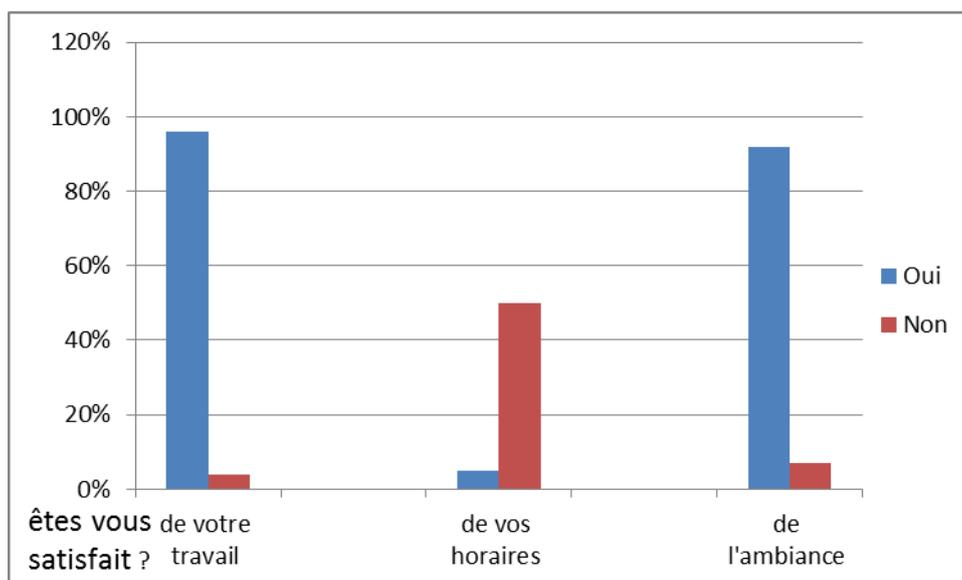
La moyenne générale du nombre de travail des soignants est de 13 ans de service  
 64% des personnes interrogées travaillent également de nuit.



✚ 50 % des personnes interrogées travaillent en horaire coupés.

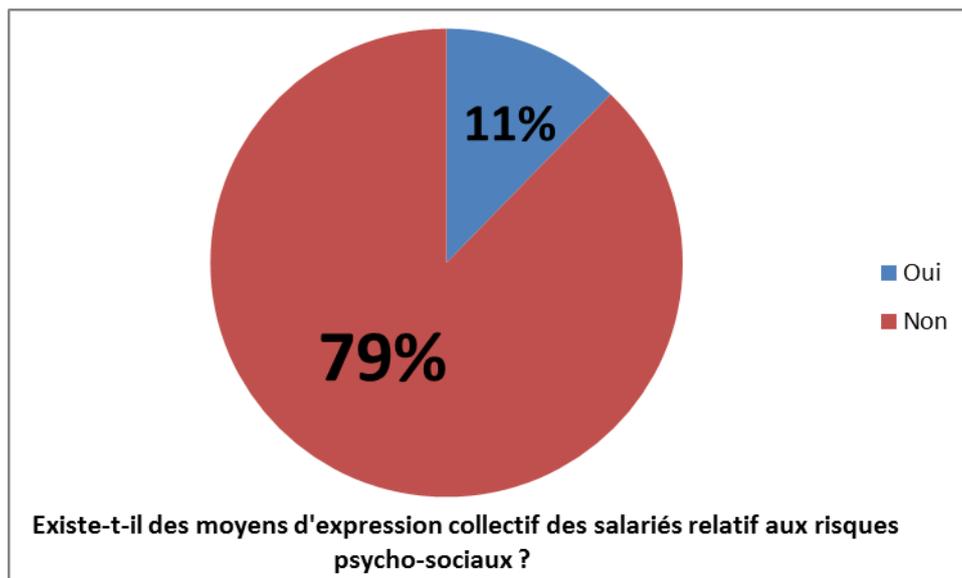
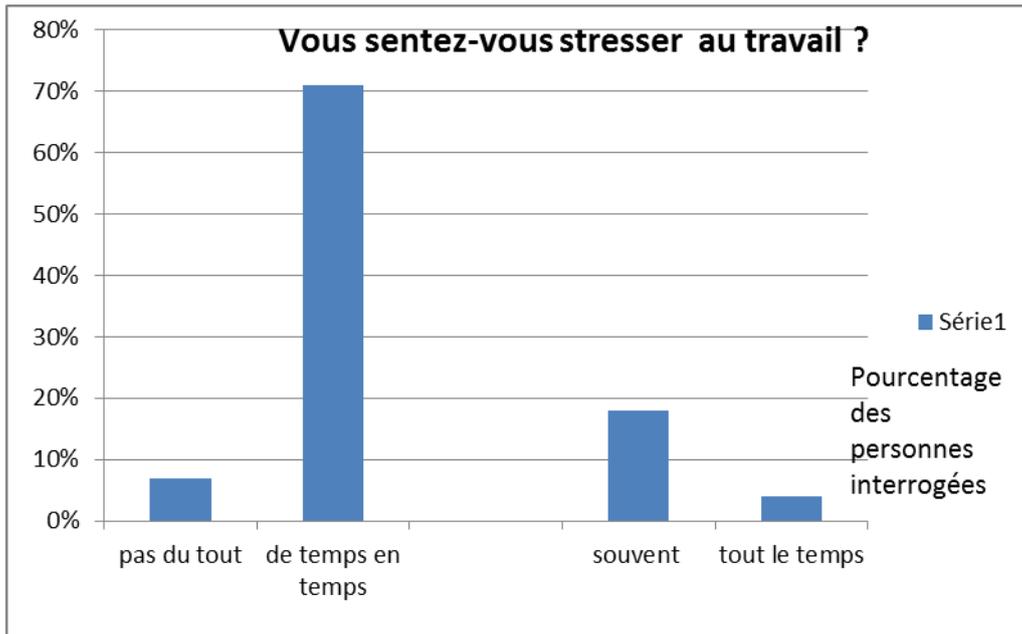


- ✚ 96 % des personnes interrogées sont satisfait de leur travail.
- ✚ 50 % des personnes interrogées ne sont pas satisfait de leurs horaires de travail
- ✚ 92 % des personnes interrogées sont satisfait de l'ambiance au travail.

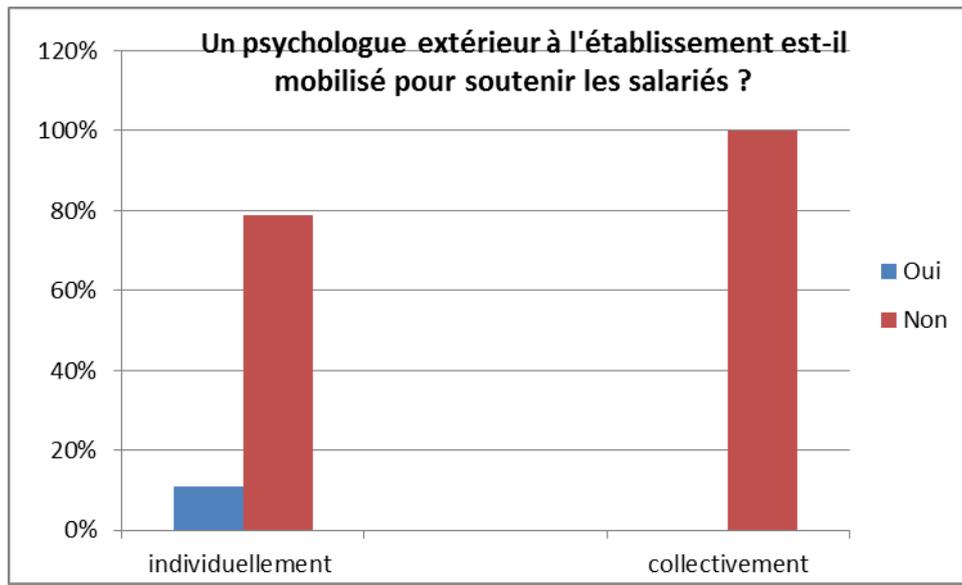


- ✚ 71 % des personnes interrogées se sentent de temps en temps stresser au travail.
- ✚ Selon les personnes interrogées, l'état de stress peut avoir une répercussion sur la prise en charge des résidents.

- ✚ Cet état de stress se manifeste pour 50% des personnes interrogées par de la maladresse
  
- ✚ 25% des personnes interrogées par un sentiment de tristesse
  
- ✚ 25% des personnes par une diminution de la patience
  
- ✚ 14% par une diminution de la disponibilité
  
- ✚ 36% des personnes interrogées se sentent de temps en temps épuisées à la fin de leur journée de travail
  
- ✚ 36% des personnes interrogées se sentent tout le temps épuisée à la fin de leur journée de travail
  
- ✚ 96% des personnes interrogées estiment que leur travail est aussi épuisant physiquement que psychologiquement
  
- ✚ 79% des personnes interrogées n'ont pas de moyens d'expression collective



- ✚ 100% des salariés n'ont suivi aucune formation à la gestion du stress
- ✚ 96% des salariés ressentent une lassitude au travail
- ✚ 50% n'arrivent pas à exprimer leur mal être au travail.
- ✚ 80% des salariés estime nécessaire l'intervention d'un psychologue



A la question, qu'est ce qui pourrait améliorer vos conditions de travail, plusieurs réponses ont été transmises et notamment le manque de personnel, les horaires qui ne conviennent pas (horaires coupés), le travail en équipe (ambiance, cohésion d'équipe, demande de travail en équipe, avoir du personnel masculin, manque de confiance...), demande d'aide psychologique lors de décès, intervention d'un psychologue, avoir plus de temps.....

#### 5.4.2 Analyse et discussion de l'enquête.

L'analyse de cette enquête réalisée en 2015 démontre que des progrès ont été accomplis depuis le diagnostic des RPS en 2013.

- **L'amélioration de la compétence en encadrement a réduit les tensions entre les personnes. Les salariés sont satisfaits de leur travail et ils sont aussi satisfaits de l'ambiance au travail.**
- Cependant, les problèmes de mal être et de stress doivent être sérieusement pris en compte. Il est parfois difficile de savoir où se trouve l'origine du stress, est-ce dans un déséquilibre de la vie personnelle ou professionnelle. Il importe d'identifier ce qui, dans la situation de travail pourrait générer des risques de stress et de mal être. Une intervention sur la gestion de stress sera organisée en 2016.
- Le point important qui apparaît dans la restitution de l'enquête, met en évidence une carence d'écoute active sur le lieu de travail. Il est primordial d'organiser des lieux de paroles, des réunions de services régulières avec un ordre du jour fait en collaboration avec les parties prenantes. Les discussions entre collègues sont donc tout-à-fait primordiales. Elles permettent au cœur de l'organisation de prioriser la question de la parole qui, rappelons-le, n'est pas la communication, n'est pas une distribution d'informations, mais un acte, un acte qui engage. La parole libère et permet à l'individu de partager les multiples significations qu'il accorde aux différents aspects de son travail et évacue souvent les problèmes d'équipe. L'intervention d'une psychologue en 2016 nous aidera à améliorer la réappropriation du sens même de notre travail par la parole échangée.
- L'usure professionnelle dans le secteur EHPAD est très préoccupante. Le début de carrière est précoce, des conditions de travail difficiles et peu de qualification et un niveau scolaire insuffisant rendent difficiles les reconversions et donc leur

maintien à l'emploi. La prévention de l'usure professionnelle passe chez nous par une prise en compte, essentiellement de TMC et hernies discales, dont les séquelles sont très invalidantes. L'amélioration des conditions de travail doit permettre de réduire les risques de pathologies et favoriser le maintien dans l'emploi des salariés vieillissants. L'infirmière référente et les instances du CHSCT ont une responsabilité prépondérante dans la prévention de l'usure professionnelle.

### **5.5 Valoriser et valider la parole des soignants au travers des espaces de paroles ;**

En l'état, le résultat de cette enquête démontre, même si l'essentiel des informations circule, on peut regretter l'absence d'une organisation favorisant le partage régulier d'information.

Des réunions de travail hebdomadaires (courtes) sur la prise en charge des résidents et une réunion mensuelle avec un ordre du jour plus étoffé avec la participation du médecin coordonnateur permet d'améliorer les pratiques professionnelles, les réunions du CHSCT, les divers commissions et groupe de travail permettent de réfléchir ensemble et d'échanger nos expériences. Se raconter, s'écouter, partager ses expériences et ses problèmes, voilà le secret d'une entente durable dans l'équipe. Les Infirmières et le chef de service de l'Unité Alzheimer s'engagent à parfaire l'animation de ces réunions et veillent à la régularité de ces espaces de paroles et d'échange.

En cas de besoin, un groupe de parole sera mis en place pour un soutien psychologique des soignants. Absence de psychologue dans notre établissement ne nous a pas permis de réitérer l'expérience de 2013.

En 2016, la collaboration d'une psychologue nous permettra non seulement d'offrir, en tant que de besoin, un espace dédié pour libérer les paroles retenues dans les équipes et surtout de dédramatiser certaines situations conflictuelles en raison notamment des non-dits ou des rumeurs.

## 6. De nouvelles pistes de réflexion à explorer

Plusieurs pistes de réflexion peuvent être analysées en vue de mettre en place une véritable politique de prévention du risque d'épuisement professionnel. Les acteurs clés de cette politique dans notre établissement sont les trois personnels d'encadrement et le médecin du travail.

L'infirmière référente en collaboration avec le chef de service de l'Unité de Vie Alzheimer et l'infirmière référente des stagiaires coordonneront la politique du risque d'épuisement professionnel.

Le médecin du travail a un rôle particulier à jouer dans la prévention collective de l'épuisement professionnel des soignants. En effet, sa mission première doit être de se faire l'écho auprès de l'équipe de direction et des instances du CHSCT, de la souffrance exprimée par les soignants. Il lui appartient également, au vu d'une analyse de terrain, de fournir des modèles d'explication tenant compte de l'organisation du travail. Enfin, le médecin du travail ne doit pas se cantonner à une action de simple constat médico-administratif. Il a un rôle dynamique à jouer dans la proposition de stratégies de prévention.

Enfin, l'équipe d'encadrement est en contact direct avec le personnel soignant et donc au premier plan pour repérer des signes annonciateurs d'un syndrome d'épuisement professionnel. Ils sont garant tant de la qualité des soins que de la qualité de vie au travail des membres de leur équipe.

Le projet d'établissement 2013-2018 a été élaboré au cours de différents groupes de travail et de commission, met en exergue outre l'ensemble des recommandations de l'ANESM et les bonnes pratiques professionnelles, le projet d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques ainsi que le projet social. Cette démarche participative qui a été riche en 2013 et doit continuer.

**Le blocage de l'équipe d'encadrement pour appliquer la démarche qualité et la gestion des risques contraint la direction de recourir à une formation en 2016 pour la mise en place d'un management de qualité et la gestion des risques.**

## **7. Projet d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques**

Introduites dans le paysage médico-social français par l'arrêté du 26 avril 1999, les démarches d'amélioration continue de la qualité font aujourd'hui partie des orientations politiques et stratégiques des EHPAD.

Inscrite dans la loi du 2 janvier 2002 puis relancée par l'Agence Nationale de l'Evaluation Sociale et Médico-sociale (ANESM), la mise en œuvre de la démarche qualité et de gestion des risques dans les établissements d'accueil pour personnes âgées est aujourd'hui incontournable.

### **7.1. La politique qualité et les objectifs qualité sont établies pour fournir un axe d'orientation à l'établissement.**

La démarche qualité suppose de responsabiliser tous les acteurs de l'EHPAD dans la perspective d'une optimisation constantes des processus de travail : prévention (et non simple détection) des risques, créativité dans le traitement des problèmes, intégration plus forte des services, évaluation du management, analyse de satisfaction interne et externe, la mise en œuvre d'une véritable démarche participative favorisant l'implication des salariés et la prise en compte des réalités de travail.

La démarche qualité repose sur un engagement de l'ensemble des acteurs de l'établissement et sur leur capacité à mener une réflexion critique de l'existant.

La roue de Deming est une illustration de la démarche de la gestion de la qualité PDCA (Plan-Do-Check-Act). La méthode comporte quatre étapes, chacune entraînant l'autre, et vise à établir un cercle vertueux. Sa mise en place doit permettre d'améliorer sans cesse la qualité d'un produit, d'une œuvre ou d'un service.

- 1- **Plan** : préparer, planifier (ce que l'on va réaliser)
- 2- **Do** : Développer, réaliser, mettre en œuvre (le plus souvent, on commence par une phase test)
- 3- **Check** : contrôler, vérifier
- 4- **Act** : Agir, ajuster, réagir

La qualité résulte d'une dynamique, d'un système qui se nourrit de nos défaillances pour nous guider vers l'amélioration continue. La roue de Deming ou PDCA est une illustration parfaite d'amélioration constante et progressive de la qualité.

C'est au travers de ce cycle vertueux de la qualité que notre système nous permet de nous améliorer en continu, avec pour point de mire l'excellence. L'objectif recherché est que le résident soit chaque jour, s'il ne l'est pas encore, de plus en plus satisfait de la prestation que nous lui offrons et que le travail des salariés soit facilité par les bonnes pratiques professionnelles et une organisation qui demande à être constamment évaluée.

L'état des lieux de la démarche qualité effectué dans le cadre de l'élaboration des différents projets (l'amélioration des conditions de travail des soignants et l'amélioration de la prise en charge des résidents) a permis d'identifier les premiers axes de travail. Les objectifs généraux définis dans le cadre de la démarche qualité de l'établissement sont les suivants.



- Poursuivre la rédaction et la diffusion des protocoles et de procédures afin d'améliorer et d'harmoniser les pratiques professionnelles
- Poursuivre l'élaboration des projets de vie avec les résidents et en équipe en toute transparence.
- Mettre en place une gestion documentaire de l'établissement.

## **7.2. L'organisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques.**

L'engagement de la direction est un préalable à la définition et la mise en œuvre d'une politique structurée de démarche qualité et de gestion des risques. L'implication et l'engagement des « décideurs » dans la démarche sont nécessaires à sa crédibilité, à sa mise en œuvre effective et à l'impulsion d'une dynamique de changement étendue à l'ensemble des acteurs de l'établissement. Ils rendent lisibles la volonté d'un management participatif.

L'organisation de la démarche qualité consiste à :

- ✚ **Accompagner** l'ensemble des personnels à la démarche d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité.
- ✚ **Motiver/former** les équipes de la structure.
- ✚ **Evaluer** la satisfaction et les attentes des résidents, des familles et du personnel,
- ✚ **Contrôler** l'application des protocoles et des procédures,
- ✚ **Mettre en œuvre** le projet d'établissement.

L'équipe de direction apporte également un soutien méthodologique aux équipes sur la conduite d'actions d'amélioration continue de la qualité.

### **7.3 Définition d'une politique de gestion des risques**

La perception du risque au sein de la société a connu de nettes évolutions ces dernières années, en accordant à la notion de sécurité une place de premier plan.

Les structures médico-sociales n'ont pas échappé à ces évolutions sociétales qui remettent en cause, à la fois, la gestion des établissements, les organisations mises en place et les pratiques professionnelles. Dans ce contexte, la loi du 2 janvier 2002 est venue consacrer le droit de tout usager du secteur social et médico-social « à une prise en charge et à un accompagnement individualisé de qualité » en garantissant ses droits et libertés individuels. De ce fait, les EHPAD sont aujourd'hui confrontés à un véritable défi passant par la mise en place d'une politique globale de gestion des risques.

D'une façon générale, la démarche de gestion des risques comprend plusieurs étapes :

- L'identification des risques
- L'analyse des risques
- La hiérarchie des risques

- L'élaboration et la mise en œuvre des plans d'actions
- Le suivi et l'évaluation

#### **7.4 Gestion des événements indésirables**

Le signalement d'un événement indésirable répond à la première exigence de mise en œuvre d'une démarche de gestion des risques. Il permet l'identification des risques.

Le système de signalement des événements indésirables est perfectible. A l'heure actuelle, les agents signalent le dysfonctionnement constaté au responsable du service sans que le circuit de l'information et le traitement de ce dernier, ne soient clairement organisés.

Le signalement des événements indésirables sous-entend une culture de « droit à l'erreur » à partir du moment où le dysfonctionnement constaté fait l'objet d'une réflexion et d'une action corrective afin qu'il ne se reproduise pas. Des actions d'information sont à prévoir auprès de l'ensemble du personnel.

L'équipe de direction doit prioriser ses actions sur l'organisation des signalements des événements indésirables et sur la formalisation de cette organisation sous forme

#### **7.5. La formalisation des procédures**

Il est de plus en plus, indispensable de formaliser un certain nombre de procédures. Sur le plan de la méthode, il s'agit de décomposer la prestation de service en séquences ou processus les déterminants du point de vue de la qualité de service.

Ces processus se décomposent en procédures dont la mise en œuvre permet de vérifier ou non la conformité par rapport aux objectifs, qui eux-mêmes, renvoient à l'éthique définie par le projet institutionnel et le projet de vie.

Il s'agit d'un mouvement perpétuel de recherche de la qualité dont l'impulsion va être donnée par le directeur, dans le but de sécuriser les processus et d'assurer des prestations de qualité aux résidents.

Ces procédures permettront aussi, de prioriser les domaines de risques (système de signalement), instaurer une acceptabilité des risques (adaptation de prise en charge), d'établir les priorités et les objectifs de l'établissement (projet de vie, projet de soin), de prendre en compte les priorités nationales et/ou régionales (circuit du médicament, maltraitance, infection nosocomiale).

Ainsi, ce référentiel devient l'ensemble des exigences objectivement légitimes sur la base de la constitution des procédures applicables dans l'établissement.

**Toute difficulté réside alors, pour l'établissement, à avoir la capacité de formaliser des outils sans réduire cette démarche à l'accumulation de documents et de procédures aussi vite oubliés qu'élaborés, faute de temps et de disponibilité.**

#### **7.6. La dimension culturelle : l'instauration d'une démarche pérenne**

La pérennisation de la démarche au sein d'une structure médico-sociale se concrétise par la politique de communication et de formation, le travail en équipe pluridisciplinaire, intégrant la culture de l'auto-évaluation et l'approche positive des dysfonctionnements.

La mise en place de cette culture de gestion et de management des risques est une incitation aux changements dans les pratiques professionnels. La résistance au changement prévaut souvent au sein des professionnels car synonyme de remise en question et de réflexion sur les organisations déjà en places. Le rôle de l'infirmière référente est de mobiliser les équipes pour parvenir à l'amélioration et à l'évaluation du fonctionnement et de l'organisation, dans le cadre d'accompagnement et de la prise en charge des résidents.

## Conclusion

Soigner et accompagner les personnes âgées dépendantes demande une forte implication personnelle. Les soignants des EHPAD exercent leur métier dans un environnement complexe où s'entrecroisent des pouvoirs implicites et explicites. Les cadres intermédiaires de notre EHPAD jouent un rôle important pour aider les professionnels à conserver leur motivation et mettre en œuvre un projet professionnel. Les professionnels côtoient la souffrance, la maladie et la mort et ils ont besoin d'être aidés.

Dans le contexte actuel de vieillissement de la population soignante, l'enjeu en terme de ressources humaines est d'aider les soignants à maintenir leur capacité professionnelle le plus longtemps possible.

Jusqu'en 2013, la recherche de la qualité s'était basée uniquement sur une amélioration constante de la compétence technique des professionnels. La formation initiale et la formation continue ont eu pour objectif de rendre toujours plus compétents les professionnels.

La crise sociale de 2013 nous a incités à améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Cette amélioration repose sur une aptitude à parfaire l'organisation du travail, de repérer les problèmes et les dysfonctionnements, les analyser et les traiter. La mise en place de la démarche qualité (la roue de Deming) nous permettra d'adopter une attitude systématique d'analyse et de correction des dysfonctionnements et des problèmes.

La directrice de l'établissement a pris conscience qu'elle ne peut développer efficacement une telle politique qu'en s'appuyant sur des acteurs clés tels que le médecin du travail et les cadres intermédiaires

L'adhésion à la démarche qualité des soignants entraîne une amélioration de la prise en charge et de l'accompagnement des résidents. Ainsi, l'instauration d'une politique de qualité constitue non seulement un des piliers du management des ressources humaines, mais contribue également à l'amélioration de la qualité de vie des résidents en EHPAD.