

Université Paris Descartes

Diplôme Inter Universitaire

**« Formation à la fonction de Médecin Coordonnateur d'Etablissement
d'hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes »**

Un silence habité

La place de la mort dans le stress
lié au travail à l'Ehpad

Docteur Catherine Macé-Durette

Année universitaire 2016-2017

Directeur de mémoire: Docteur Serge REINGEWIRTZ,
Géronte et Responsable pédagogique du DIU

« Le temps manque pour tout »

Honoré de Balzac

REMERCIEMENTS

Merci au Docteur Serge REINGEWIRTZ qui m'a aidée à orienter mon travail dans un sens de faisabilité. Ses conseils très constructifs m'ont été précieux.

Merci à mon fils Barthélémy DURETTE pour m'avoir apporté dans un temps record son expertise sur le traitement des données de l'enquête sur le stress des équipes en Ehpad.

Merci au personnel de l'Ehpad du Centre Hospitalier (CH) de Clamecy et au personnel de l'Ehpad de Saint-Amand en Puisaye qui se sont prêtés avec beaucoup de gentillesse à mon enquête. Je salue au passage Monsieur Jérôme MICARD, psychologue à l'Ehpad du CH de Clamecy et le Docteur Michel SERIN, Médecin Coordonnateur à l'Ehpad de Saint-Amand en Puisaye. Leurs conseils m'ont aidé dans la méthodologie de mon enquête.

Merci à Monsieur Claude MAYER, Président du Conseil de la Vie Sociale de l'Ehpad du CH de Clamecy où je travaille, et à travers lui aux résidents à qui je dédie ce travail. Ce sont les résidents qui profiteront à terme de notre soutien aux soignants.

Merci à Madame Béatrice FRAENKEL, pour son intérêt à l'égard de mes recherches.

Merci à Monsieur Olivier WAHL pour son soutien à mon travail d'artiste médecin.

Merci enfin au Docteur Hervé MONNEROT, mon rapporteur au Conseil Départemental de L'Ordre des Médecins de la Nièvre sans qui ce mémoire n'existerait pas.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	4
I. POURQUOI PARLER DE LA MORT (OU PAS)?.....	5
II. SORTIR DU TABOU ET EXPLORER DELICATEMENT	8
III. LA SOUFFRANCE DES EQUIPES EN EHPAD	11
IV. ENQUETE SUR LE STRESS DES EQUIPES	13
IV.1 Description du contexte de l'enquête.....	13
IV.2 Méthodologie de l'enquête.....	13
IV.3 Résultats	15
IV.3.1. Méthodes de recueil effectives.....	15
IV.3.2. Résultats quantitatifs	16
IV.3.2.1 Les participants à l'enquête.....	16
Répartition des fonctions des participants dans chaque établissement	16
Le genre des participants.....	17
L'âge des participants.....	17
L'ancienneté	18
IV.3.2.2. Le niveau de stress	18
Le niveau de stress global	18
Création de la régression linéaire	20
Le niveau de stress déclaré par catégories professionnelles	22
Comparaison des déterminants du stress entre eux	23
Hit-parade des déterminants de stress	24
IV.3.3. Enquête qualitative.....	27
DISCUSSION	31
Les faiblesses possibles de l'étude	31
La validité des résultats de l'étude	32
La place de la mort dans le stress lié au travail	32
Les autres déterminants du stress	35
Perspectives	36
CONCLUSION	38
REFERENCES.....	39
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES.....	40
ANNEXE	41

I. POURQUOI PARLER DE LA MORT (OU PAS)?

L'Ehpad du Centre Hospitalier de Clamecy héberge une population d'environ 140 personnes dont la moyenne d'âge est de 83 ans, venant principalement de la région nivernaise ou de l'Yonne. Une centaine de professionnels sont directement au service des résidents souvent depuis longtemps. A cela s'ajoute le personnel indirectement au service des résidents aux niveaux du brancardage, de la médecine et des urgences du centre hospitalier auquel il est attaché.

Pour beaucoup de ces personnels, des liens de proximité géographique existent avec la famille de résidents voire de parenté. Des intervenants médicaux et paramédicaux extérieurs, des prestataires, des bénévoles, des mandataires judiciaires interviennent également auprès des résidents. Toutes ces personnes sont plus ou moins confrontées de manière régulière aux décès de nos résidents ou de leurs proches et aux réactions des familles.

Depuis mon arrivée en Octobre 2016 comme médecin coordonnateur à l'Ehpad, je constate qu'il m'est particulièrement difficile de travailler sur les décès avec les professionnels alors qu'il s'agit d'un événement majeur autant pour un résident, que pour sa famille ou pour les autres résidents et les professionnels eux-mêmes.

Ma première demande d'être informée en temps réel des décès ou de leur imminence se heurte déjà à l'habitude que les personnels ont acquise de se débrouiller depuis des années sans médecin coordonnateur. Pour le reste, en dehors de ma participation à une réunion proposée par l'équipe mobile de soins palliatifs dans le cadre de leur l'accompagnement, il n'y a pas eu de travail collectif et pluridisciplinaire sur ce sujet depuis mon arrivée alors même que plus de 40 résidents sont décédés depuis cette date, à l'heure où j'écris ce mémoire.

Pendant cette période, j'ai été le témoin de situations qui méritaient une analyse approfondie afin d'identifier des pistes d'amélioration et les intégrer au projet d'établissement sur lequel nous sommes en train de travailler. En voici quelques exemples.

- La fille d'une résidante m'indique que sa mère se plaint entre autres de ne pas savoir si des résidants qu'elle ne voit plus sont morts ou pas.
- Un résidant scande en boucle et à voix très haute dans le couloir qu'une résidante est morte alors qu'elle est en fait hospitalisée.
- La porte du réfectoire a été fermée un soir derrière le dernier résidant à entrer, comme à chaque fois qu'un brancard transportant un mort doit sortir de l'Ehpad à cette heure-ci. Une aide-soignante demande si on ne pourrait pas laisser la porte ouverte parce que « *finalement c'est la vie* ».
- Une résidante démente n'a pas été prévenue du décès de son mari alors qu'il a déjà été incinéré ; une autre, dont la démence est moins évoluée, du décès de son fils, la famille s'étant opposée à ce que la dame soit informée.
- Un résidant est décédé de manière inattendue. Rien n'est prévu a priori pour revenir sur la situation et comprendre ce qui s'est passé.
- A l'heure du diner, un résidant me supplie de le ramener dans sa chambre et des membres de l'équipe se plaignent discrètement alors de la « comédie » qu'il fait chaque soir. Je décide de l'accompagner dans sa chambre, l'écouter, le soulager. Une aide-soignante vient ensuite me questionner directement sur la difficulté de savoir jusqu'où on doit pousser les résidants à participer à la vie sociale. Il meurt dans la nuit. Rien n'est encore prévu pour revenir sur la situation, comprendre.

Lors de la première réunion de service que j'ai organisée, une aide-soignante a pris la parole pour dire qu'il faudrait qu'on parle de la mort parce que « *le lendemain on fait comme si de rien n'était mais, c'est dur !* ».

Je suis d'accord pour en parler mais en quel lieu, avec quelle méthode ? La complexité du sujet explique sans doute en partie ma difficulté à travailler ce sujet par rapport aux autres.

Dans les exemples ci-dessus, plusieurs thèmes sont à traiter:

- L'information des résidents
- L'information des familles
- La prise en compte de la souffrance des professionnels
- La formation des professionnels
- L'organisation du service
- La qualité des soins
- La bientraitance.

Dire que la mort est un sujet tabou serait à la fois un peu court et un peu facile pour expliquer les difficultés rencontrées en Ehpad pour parler de la mort et finalement en rester là si l'on s'en tient à la définition du Larousse (1) : « *sujet tabou : qu'il serait malséant d'évoquer, en vertu des convenances sociales ou morales* ».

En tant que médecin coordonnateur, et en vertu cette fois des missions qui me sont confiées, il m'est très vite paru indispensable de travailler sur ces difficultés des équipes face à la mort des résidents, dans l'idée de mettre en place des outils nécessaires à une prise en compte optimale de la mort et donc de la vie.

II. SORTIR DU TABOU ET EXPLORER DELICATEMENT

Je retrouve cette notion de « sujet tabou » dans le compte-rendu d'une réunion « Projet de vie » à l'Ehpad le 18 Octobre 2007, dans la rubrique « Les constats ».

Parmi les actions à mettre en place en conclusion de cette réunion, le point n°5 est « Faire circuler la parole : le non-dit est mortifère ». Ce chapitre se termine par « l'absence de parole sur la mort s'apparente à nier son existence ».

Martine SOAREZ, psychologue en Ehpad écrit dans la revue de psychogériatrie (2) qu' « *une forme de silence autour de la mort* » règne à l'Ehpad. « *La mort semble dissimulée. Les soignants diront qu'elle est même cachée...* »

David TACCOEN dans son mémoire de 2015 sur la place de la mort et l'accompagnement du deuil au sein d'un Ehpad (3), se demande ce qui se passe pour les résidants quand un des leurs décède et quel peut être l'impact de la façon dont les institutions gèrent les décès et accompagnent les résidants. Son analyse de la littérature montre que l'attitude des professionnels serait de protéger les résidants en leur cachant la mort d'un des leurs. Par ailleurs, David Taccoen fait part des difficultés auxquelles il s'est heurté lui-même dans ses échanges avec les résidants au sujet de la mort.

Pour accompagner les résidants dans leur travail de deuil des autres résidants décédés, les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de l'ANESM (4), en 2012, ont pourtant invité les professionnels notamment,

- à informer les résidants des décès survenus dans l'ehpad :
- de façon individuelle et adaptée pour les résidants « proches » du défunt

- de façon collective selon les modalités discutées en Conseil de la Vie Sociale (CVS) ou autre instance de participation des résidants et de leurs proches,
- à faciliter la participation de ceux qui le souhaitent aux funérailles
- à former les professionnels à rester ouverts au questionnement même s'ils ne peuvent apporter de réponse.

Plus récemment encore, la Loi du 2 février 2016, dite « Loi LEONETTI » a instauré notamment

- la possibilité, dans certaines conditions, de mise en place d'une sédation profonde et continue associée à une analgésie,
- la rédaction, par toute personne majeure et capable, de directives anticipées dans lesquelles elle exprimera ses volontés relatives à sa fin de vie,
- la désignation d'une personne de confiance qui sera consultée au cas où la personne concernée elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté.

Il va donc bien falloir approcher le sujet de la mort avec les soignants pour mettre en œuvre ces nouvelles orientations auprès des résidants.

C'est un résidant de l'Ehpad de Clamecy qui va m'amener à modifier mon sujet de mémoire d'abord orienté sur le silence des équipes autour de la mort. Il est aussi le Président du Conseil de la Vie Sociale (CVS). Il accepte un entretien dans mon bureau, entretien dont je discuterai le contenu avec Béatrice FRAENKEL, anthropologue, pour profiter d'un éclairage nouveau.

D'emblée, en arrivant, ce Monsieur m'indique qu'il « a été obligé d'y réfléchir ». Il me fait comprendre que cela lui été un peu pénible. Parlant de la mort à l'Ehpad en évitant ce mot: « *C'est plutôt masqué. On essaie de ne pas en parler. On n'en parle pas d'ailleurs.* »

Plus tard, évoquant la pratique de « confinement » des résidants dans la salle de restaurant (Cf. Supra): « *On ferme les portes. On sait ce que ça veut dire... On masque les choses. C'est criant [avec un sourire]. Faut bien que le décédé s'en aille. Et puis, on est à table ...* ». Au sujet d'être à table, il m'explique que justement c'est à table qu'on lui annonce éventuellement qu'un résidant est décédé « *à l'oreille, tout doucement* ».

Il dit « *Là on est dans un système où on est tous des vieux, il faut avancer avec prudence* » et plus tard « *C'est masqué. Ça a l'air de marcher comme ça. Je me demande s'il est opportun de bouleverser les choses. Je n'en suis pas sûr.* » « *Je n'ai jamais entendu de choses véhémentes contre ça [au sujet des pratiques sociales autour de la mort]. Je serai assez d'avis de ne rien toucher.* »

Message reçu. Nous avancerons avec prudence.

A la lecture de la retranscription, Béatrice FRAENKEL est touchée par la délicatesse des propos de ce Monsieur. Presque en écho, elle questionne la question même du silence posée en introduction de mon mémoire. Pour elle, l'organisation collective permet que beaucoup de choses soient « dites » sans une parole frontale. Une parole directe centrée sur le sujet n'est pas forcément efficace. Pourquoi voudrait-on cette parole directe ?

Avec l'aide du Dr REINGEWITRZ, car je suis un peu perdue dans mon sujet, je décide alors d'explorer, silencieusement moi aussi, la place de la mort dans la souffrance des soignants à l'Ehpad, parmi d'autres déterminants du stress.

J'ai le sentiment de rejoindre les préoccupations de David TACCOEN à ne pas aborder directement le sujet de la mort tout en rendant possible le fait d'analyser le sujet dans son contexte.

III. LA SOUFFRANCE DES EQUIPES EN EHPAD

Une étude récente de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) (5) réalisée sur 340 personnes (infirmiers, aides-soignants, aides médico-psychologiques et auxiliaires de vie sociale) dans 30 Ehpad entre septembre 2015 et février 2016 a montré notamment que leurs professionnels sont soumis à une charge mentale importante et a décrit un certain nombre de déterminants du stress parmi lesquels figurent la gestion des décès ainsi que d'autres déterminants qui peuvent y être liés comme la gestion des fins de vie ou les relations avec les familles. Les résultats de cette étude ont été utilisés pour préparer le questionnaire utilisé pour ce mémoire (Annexe 1).

L'actualité nous invite instamment à nous pencher sur les conditions de travail des soignants en Ehpad : après la longue grève des personnels soignants dans un Ehpad du Jura cet été, une mission parlementaire « Flash » a rendu son rapport en septembre 2017 (6). Le rapport met en évidence un taux d'absentéisme de 10% en moyenne (il est de moins de 5% dans l'entreprise privée en 2016 et d'environ 13% dans les hôpitaux) alors qu'il se situe à l'Ehpad de Clamecy au niveau de 16,30 % en 2016, avec une progression de 3% entre 2015 et 2016.

Le taux d'absentéisme faisant partie des indicateurs de souffrance au travail, explorer la souffrance des équipes me paraît légitime et donnera quels que soient les résultats des pistes pour définir les priorités dans mes missions de médecin coordonnateur, notamment en termes de formation et d'information du personnel.

Pour explorer cette souffrance au travail, l'indicateur de stress utilisé dans ce mémoire a été choisi volontairement simple. Il s'agit d'une échelle visuelle analogique (EVA) validée, non graduée de 10 cm (7). Le niveau de stress au travail étudié dans une enquête nationale (ASMT) en 1997 sur une population de 2436 travailleurs dont 50,3% d'homme se situait en moyenne à $36,8 \text{ mm} \pm 24,2 \text{ mm}$ avec un score plus élevé chez les femmes (39,3 mm).

Le seuil de 60 mm avait été choisi pour définir un état stressé. Cependant ce seuil a été par la suite questionné sur la base d'un meilleur rapport sensibilité/spécificité défini pour la valeur de 70mm.

Dans l'enquête nationale ASMT, 20,9 % des professionnels avaient un score supérieur ou égal à 60mm.

Cette échelle a été également utilisée sur l'ensemble du personnel hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand de 2003 à 2006. Le score moyen variait de 39,47 à 39,90 mm.

On notait alors sur le personnel hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand une augmentation significative du pourcentage d'agents stressés : + 3,3% (EVA supérieur à 6) entre 2004 (IC95% 20,4%-23,2%) et 2005 (IC95% 23,8%-26,3%).

IV. ENQUETE SUR LE STRESS DES EQUIPES

IV.1 Description du contexte de l'enquête

Une enquête a donc été envisagée pour explorer le sujet du stress en Ehpad et la place qu'y occupe la mort des résidants. J'ai souhaité la faire dans deux Ehpad : celui du CH de Clamecy et celui de Saint-Amand appelé « Les Ocrières », également lieu de mon stage dans le cadre du présent diplôme universitaire.

J'ai voulu comparer les résultats entre un Ehpad public, vétuste de 141 lits et un Ehpad privé à but non lucratif, récent et moderne de 69 lits.

Par ailleurs, l'Ehpad du CH Clamecy comporte deux sites dont les résidants n'ont pas le même profil. Le site Jeanne Simpol dans lequel les résidants sont très dépendants et polypathologiques (GIRR 1 et 2 essentiellement) et le site François Boudard dans lequel les résidants sont plus autonomes (GIRR 3 à 5 essentiellement). Les deux sites ont été distingués dans la base de données.

De plus, l'Ehpad du CH de Clamecy comporte une Unité de Soins pour les malades d'Alzheimer de 16 lits. L'Ehpad des Ocrières comporte une unité protégée de 13 lits et deux lits d'hébergement temporaire. Ces deux unités ont été également distinguées dans la base de données.

IV.2 Méthodologie de l'enquête

Il était prévu d'enquêter uniquement auprès des agents directement au service des résidants : ASH, AS, AMP, IDE, animatrice, psychologue.

L'enquête devait consister en un remplissage de questionnaire (Annexe).

Les questionnaires devaient être remplis en face à face sur une durée prévue d'environ 5 à 10 minutes chacun, le document étant présenté plié en deux afin de séparer visuellement les deux étapes du questionnaire :

- celle du niveau de stress ressenti sur une échelle visuelle analogiques entre 0 et 10, non graduée (7)
- celle de la note attribuée, entre 0 et 10, à chaque déterminant du stress proposé et éventuellement ajouté par les enquêté(e)s.

Les déterminants tels qu'ils sont mentionnés dans le tableau 1 ont été volontairement désignés en terme le plus technique possible et classés par ordre alphabétique, dans l'idée de ne pas influencer la réponse des participants à l'enquête. Ils sont présentés dans les résultats par 2 ou 3 initiales.

Tableau 1. Les déterminants du stress présentés dans le questionnaire

Configuration des locaux (CL)
Confrontation à mon propre vieillissement (CPV)
Gestion des chutes (GC)
Gestion des décès (GDE)
Gestion des douleurs (GDO)
Gestion des fausses routes (GFR)
Gestion des fins de vie (GFV)
Gestion des médicaments (GM)
Gestion des troubles du comportement (GTC)
Organisation du travail (OT)
Relations avec la hiérarchie (RH)
Relations avec les collègues (RC)
Relations avec les familles (RF)
Relations avec les médecins traitants (RMT)
Relations avec les résidents (RR)
Travail à faire dans le temps imparti (TTI)

Trois lignes étaient disponibles pour ajouter des déterminants non proposés et les noter aussi.

Une analyse exploratoire était prévue avec un test de régression linéaire sur l'ensemble des données afin de faire ressortir la corrélation entre chaque paramètre enregistré, indépendamment les uns des autres (lieu de travail, fonction, âge, ancienneté dans le service aux personnes âgées dépendantes, genre, déterminants proposés de stress) et le niveau de stress déclaré.

Il a été considéré que la variable cible est une variable logique VRAI si le niveau de stress déclaré est supérieur ou égal à 6 cm et faux sinon.

IV.3 Résultats

IV.3.1. Méthodes de recueil effectives

Après un test avec deux agents de l'Ehpad du CH Clamecy dans le but de vérifier la faisabilité du questionnaire et la durée de la réponse, une note de service a indiqué l'autorisation de la direction de l'établissement préalablement à la mise en place des questionnaires.

Le questionnaire a été rempli entre le 13 septembre et le 26 octobre 2017.

Les questionnaires ont tous été remplis en face à face par le même enquêteur (moi-même) sur une durée allant de 5 minutes à plus de 30 minutes pour quelques personnes particulièrement loquaces de Clamecy.

J'indiquais en préambule que j'étais la seule à savoir qui-a-répondu-quoi et que cette information resterait confidentielle jusqu'au bout, sauf à identifier un état de stress tel qu'une non-intervention ne serait pas éthique. Après avoir inscrit moi-même les données sociales, je proposais à chaque personne de situer son état de stress lié au travail sur l'échelle visuelle par un trait de stylo vertical.

J'ai choisi de ne pas donner de définition au stress pour ne pas apporter de confusion dans l'esprit des enquêtées avec une représentation autre que la leur (9).

Si la personne me demandait ce que j'entendais par le mot « stress », je lui retournais la question afin de vérifier que ce qu'elle appelait « stress » rentrait dans une des définitions du stress.

Dans un deuxième temps, je retournais le document pour faire remplir la partie des déterminants du stress.

J'ai noté les propos contradictoires, les réponses à la frontière, les éléments significatifs concernant la mort à l'Ehpad qui peuvent être trouvés dans la partie « résultats qualitatifs ».

IV.3.2. Résultats quantitatifs

IV.3.2.1 Les participants à l'enquête

Répartition des fonctions des participants dans chaque établissement

50 personnes ont rempli le questionnaire dont 34 à Clamecy et 16 à Saint-Amand. Huit de ces 50 professionnels, qui n'étaient pas directement au service des résidents mais plutôt dans des fonctions support (personnel administratif et d'encadrement), ont proposé de remplir le questionnaire et il m'est apparu important, au vu du besoin de reconnaissance des personnels, de ne pas les exclure même si j'ai hésité à opposer un argument méthodologique.

Par ailleurs, la pression du temps limitait la possibilité d'atteindre beaucoup d'agents de l'Ehpad et l'inclusion d'une catégorie de personnel non directement au contact des résidents apportait une possibilité de comparaison des résultats. Je me suis également évaluée dans cette catégorie.

Le tableau 2 présente la répartition des fonctions des participants à l'enquête dans les deux établissements.

Tableau 2. Répartition des fonctions des participants à l'enquête dans les deux établissements

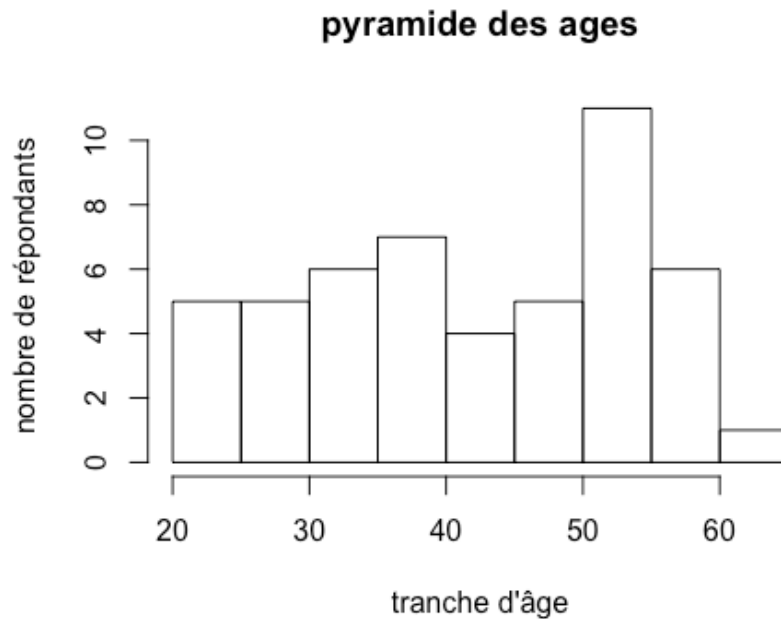
		IDE	AS	ASH	AMP	Psychol	Animatrice	Personnel administratif et d'encadrement
CH Clamecy	Site	4	6	5	-	-	-	-
	JSP							
	Site	2	5	2	-	-	-	-
	BDD							
	USS	-	1	1	1			-
	A							
	Les 2 sites	0	1	-	-	1	1	4
Les Ocrières		2	5	1	-	1	1	4
	UA	-	1	1	-	-	-	-
Total		8	19	10	1	2	2	8

Le genre des participants : 5 hommes sur 50.

L'âge des participants : L'âge moyen de l'ensemble des participants est de 42,6 ans. L'âge des participants se situe entre 23 et 61 ans. La pyramide des âges (Cf Graphique 1) montre un nombre de participants entre 50 et 55 ans plus important que les autres classes.

L'âge moyen est peu différent entre les deux établissements. Les participants qui ne travaillent pas au contact direct des résidents (personnels administratifs et d'encadrement) sont beaucoup plus âgés que les autres (respectivement 56,9 ans vs 39,9).

Graphique 1. Pyramide des âges



L'ancienneté

Elle est en moyenne de 14,8 années, plus importante à Clamecy qu'à saint-Amand (respectivement 16,3 ans vs 11,6).

IV.3.2.2. Le niveau de stress

Le niveau de stress global

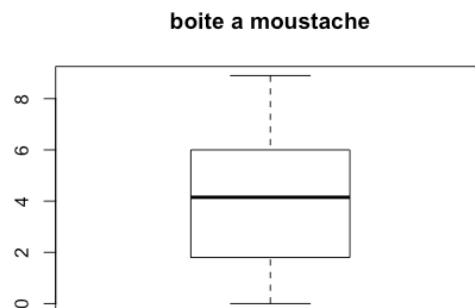
Le niveau de stress déclaré est donné en centimètre car les outils (épaisseur du trait au stylo) ne permettaient pas d'avoir une précision au-delà du de millimètre.

Le niveau de stress déclaré à travers l'échelle visuelle analogique s'échelonne globalement entre 0 et 8,9 cm.

La médiane du niveau de stress se situe à 4,15 cm (moyenne 4,14 cm). L'intervalle interquartile (contenant la moitié des participants) se situe entre 1,85 et 6 cm.

Le graphique 2 en forme de boîte à moustache ci-dessous présente la médiane et l'intervalle interquartile des valeurs de stress formulées par les participants.

Graphique 2. Médiane des valeurs de stress



Le graphique 3. ci-dessous représente la distribution globale du niveau de stress

Graphique 3. Distribution générale du niveau de stress global



14 personnes sur les 50 ont déclaré un niveau de stress supérieur ou égal à 6 parmi lesquels 8 ont déclaré un niveau supérieur ou égal à 7.

Création de la régression linéaire

Voici l'ensemble des résultats tels qu'ils apparaissent suite à la création de la régression linéaire qui vise à modéliser le niveau de stress général à partir d'une régression linéaire sur l'ensemble des variables à disposition.

```
modèle <- glm(EVA~.,family=gaussian,data=dt)
summary(modèle)
##
## Call:
## glm(formula = EVA ~ ., family = gaussian, data = dt)
##
## Deviance Residuals:
## Min 1Q Median 3Q Max
## -2.8094 -0.9718 -0.2453 1.0728 2.9032
##
## Coefficients:
## Estimate Std. Error t value Pr(>|t|)
## (Intercept) 2.888360 2.232416 1.294 0.20630
## LieuSA 1.553160 0.854256 1.818 0.07976 .
## Age -0.018432 0.036685 -0.502 0.61930
## GenreM -3.259462 0.910456 -3.580 0.00128 **
## ContactCD -0.755399 1.138727 -0.663 0.51252
## Ancienneté -0.018830 0.039505 -0.477 0.63731
## CL 0.224377 0.149646 1.499 0.14497
## CPV 0.354153 0.147214 2.406 0.02299 *
## GC -0.154602 0.185638 -0.833 0.41200
## GDE 0.099255 0.148116 0.670 0.50827
## GDO -0.117909 0.199433 -0.591 0.55911
## GFR 0.004826 0.158894 0.030 0.97599
## GFV 0.067576 0.209233 0.323 0.74912
## GM -0.280947 0.147206 -1.909 0.06662 .
## GTC 0.116687 0.168567 0.692 0.49449
## OT 0.063177 0.140759 0.449 0.65701
## RH 0.111330 0.144319 0.771 0.44692
## RC 0.248876 0.145253 1.713 0.09769.
## RF -0.052840 0.157059 -0.336 0.73905
## RMT -0.103033 0.191367 -0.538 0.59455
## RR -0.251307 0.197634 -1.272 0.21398
## TTI 0.334577 0.136079 2.459 0.02039 *
## ---
## Signif. codes: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
##
## (Dispersion parameter for gaussian family taken to be 2.995831)
##
## Null deviance: 288.802 on 49 degrees of freedom
## Residual deviance: 83.883 on 28 degrees of freedom
## AIC: 213.76
##
## Number of Fisher Scoring iterations: 2
```

Le degré de significativité statistique est illustré par les étoiles et les points marqués à la fin de la ligne. Les points ne marquent qu'une tendance ($p < 0,1$)

Les paramètres du modèle permettent de mettre en évidence une influence significative sur le niveau de stress

- du genre : les hommes se déclarent "moins stressés". La significativité statistique est forte malgré le faible effectif (p à 0,001)
- des paramètres « travail à faire dans le temps imparti » et « confrontation à son propre vieillissement » : corrélation positive, j'y reviendrai.

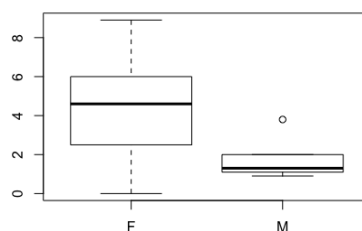
On décèle également 3 tendances (p-value entre 5 et 10%) pour :

- Le lieu : les participants travaillant à Saint Amand semblent globalement plus stressés que ceux travaillant à Clamecy.
- Les relations avec les collègues sont positivement corrélées avec le niveau de stress.
- La gestion des médicaments est négativement corrélée avec le niveau de stress, c'est-à-dire que pour un stress élevé, le stress lié à la gestion de médicaments est faible et à l'inverse, pour un niveau bas de stress, la gestion des médicaments serait plus stressante.

Il n'est pas apparu de corrélation statistiquement significative entre l'âge et le niveau de stress, ni entre l'ancienneté et le niveau de stress.

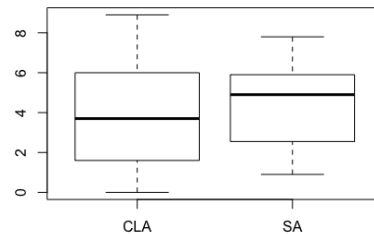
Le graphique 4 illustre l'influence du genre sur le niveau de stress déclaré.

Graphique 4. Distribution des valeurs de stress en fonction du genre



Les participants travaillant à Saint Amand semblent plus stressés que ceux travaillant à Clamecy comme l'indique le graphique 5. La significativité est faible (tendance).

Graphique 5. Distribution des valeurs de stress en fonction du lieu de travail

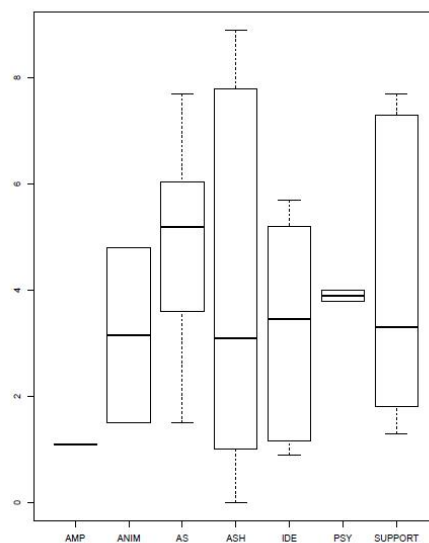


Le niveau de stress déclaré par catégories professionnelles

J'ai choisi, pour comparer le niveau de stress déclaré en fonction des catégories professionnelles, de regrouper en une catégorie, les professionnels qui ne sont pas au contact direct des résidents c'est-à-dire les personnels administratifs et de management.

L'analyse de données montre un niveau de stress médian plus élevé chez les AS que dans les autres catégories définies. Ce paramètre n'a pas pu être pris en compte dans la régression linéaire donc le degré de significativité statistique n'est pas connu.

Graphique 6. Médianes de niveau de stress par catégories professionnelles



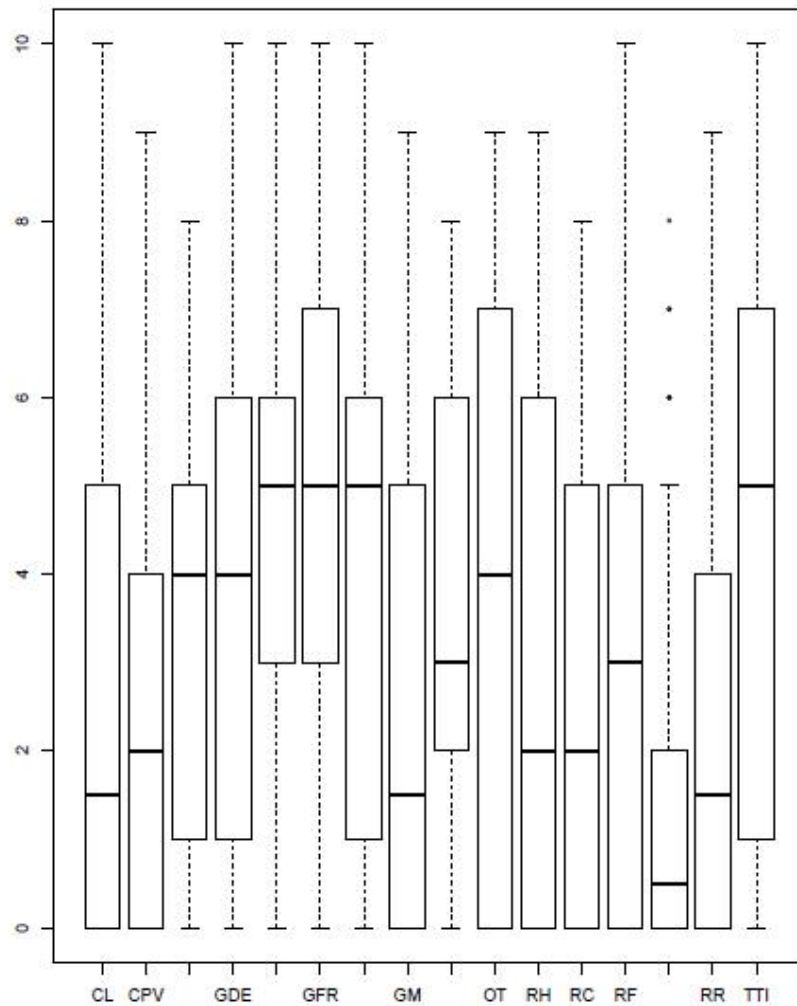
Comparaison des déterminants du stress entre eux

L'analyse des médianes de scores obtenues pour chaque déterminant du stress (Graphique 7)

montre un niveau de score élevé et égal entre eux, pour quatre déterminants :

- la gestion de la douleur
- la gestion des fausses routes
- la gestion de fin de vie
- le travail à faire dans le temps imparti.

Graphique 7. Médianes de scores de stress pour chaque déterminant proposé



A contrario, les déterminants le moins à l'origine du stress sont les relations aux médecins traitants et aux résidents et la configuration des locaux. Notons que pour ce dernier déterminant, la médiane est nulle pour Saint-Amand dont les locaux sont neufs et fonctionnels. Le tableau 3 montre les différences de médiane en fonction de l'établissement.

Tableau. 3 Comparaison de médianes des déterminants dans les deux établissements

Médiane	CL	CPV	GC	GDE	GDO	GFR	GFV	GM	GTC	OT	RH	RC	RF	RMT	RR	TTI
Globale	1,5	2	4	4	5	5	5	1,5	3	4	2	2	3	0,5	1,5	5
Clamecy	5	2	4	4	5	5	5	2	4	4	2	3	3	1	1	5
SaintAmand	0	1,5	3	2	3,5	5	2	0	3	4	2,5	1,5	3	0	3,5	4,5

Hit-parade des déterminants de stress

En complément de ces analyses, j'ai réalisé un « hit parade » des déterminants du stress en calculant la somme des points réalisés par chaque déterminant (Tableau 4).

La gestion des fausses routes arrive en premier, suivi par la question du travail à faire dans le temps imparti, puis la gestion des douleurs, des fins de vie puis l'organisation du travail.

La gestion des décès arrive en 6ème position sur 16.

Tableau 4. Hit parade des déterminants du stress

Total des scores	total
Gestion des fausses routes	252
Travail à faire dans le temps imparti	223
Gestion des douleurs	221
Gestion des fins de vie	199
Organisation du travail	192
Gestion des décès	188
Gestion des troubles du comportement	185
Gestion des chutes	166
Relations avec les familles	163
Relations avec la hiérarchie	160
Relations avec les collègues	143
Configuration des locaux	138
Confrontation à mon propre vieillissement	138
Gestion des médicaments	137
Relations avec les résidents	114
Relations avec les médecins traitants	81

Je note que les relations avec les résidants et avec les médecins traitants se confirment comme les facteurs déclarés les moins stressants.

J'ai également comparé les deux établissements pour ce hit parade (tableau 5). La gestion des fausses routes garde sa première place. En revanche la gestion des décès et fin de vie arrive bien plus tard à Saint-Amand qu'à Clamecy.

La configuration des locaux arrive en 7^{ème} place à Clamecy.

On voit que si les relations avec les médecins traitants sont aussi peu problématiques des deux côtés, les relations avec les résidants semblent plus stressantes à Saint-Amand qu'à Clamecy.

De même que les relations avec la hiérarchie.

Tableau 5. Hit parade des déterminants du stress par établissement

Déterminants du stress	Score à Clamecy	Déterminants du stress	Score à Saint-Amand
Gestion des fausses routes	170	Gestion des fausses routes	82
Gestion des douleurs	165	Travail à faire dans le temps imparti	69
Gestion des fins de vie	157	Organisation du travail	57
Travail à faire dans le temps imparti	154	Gestion des douleurs	56
Gestion des décès	139	Relations avec la hiérarchie	56
Organisation du travail	135	Gestion des troubles du comportement	55
Configuration des locaux	134	Relations avec les résidants	52
Gestion des troubles du comportement	130	Relations avec les familles	50
Gestion des chutes	117	Gestion des chutes	49
Relations avec les familles	113	Gestion des décès	49
Relations avec les collègues	108	Gestion des fins de vie	42
Gestion des médicaments	107	Confrontation à mon propre vieillissement	38
Relations avec la hiérarchie	104	Relations avec les collègues	35
Confrontation à mon propre vieillissement	100	Gestion des médicaments	30
Relations avec les médecins traitants	69	Relations avec les médecins traitants	12
Relations avec les résidants	62	Configuration des locaux	4

De manière toute aussi pragmatique, j'ai comparé le classement des déterminants de stress en fonction de leur score total dans 4 catégories professionnelles (tableau 5):

- AS (N= 19). Dans un mouchoir de poche en premières places : la gestion des douleurs, le travail à faire dans le temps imparti, la gestion des fausses routes et des fins de vie
- ASH (N=10). Devant le peloton, la gestion des fausses routes, puis le peloton avec la confrontation au propre vieillissement, la gestion des médicaments et des douleurs
- IDE (N=10). Ce sont les relations avec la hiérarchie qui arrivent en tête, puis la gestion des douleurs, celles des troubles du comportement, puis le travail à faire dans le temps imparti
- Personnes pas directement en contact avec les résidents (personnel administratif et d'encadrement) (N=8). C'est le travail à faire dans le temps imparti qui prédomine serré de près par la gestion des fausses routes.

Tableau 6. Score total des déterminants de stress pour 4 catégories professionnelles.

Déterminants de stress	AS N=19	ASH N=10	IDE N=8	Personnels administratifs et d'encadrement N=8
Configuration des locaux	64	17	22	19
Confrontation à mon propre vieillissement	56	43	18	14
Gestion des chutes	72	29	16	34
Gestion des décès	84	36	20	31
Gestion des douleurs	98	37	30	38
Gestion des fausses routes	92	62	21	51
Gestion des fins de vie	91	35	28	26
Gestion des médicaments	41	38	26	31
Gestion des troubles du comportement	78	29	29	35
Organisation du travail	86	31	28	34
Relations avec la hiérarchie	57	36	35	22
Relations avec les collègues	51	36	20	21
Relations avec les familles	73	36	20	21
Relations avec les médecins traitants	22	10	18	18
Relations avec les résidents	55,5	23	12	15
Travail à faire dans le temps imparti	91	24	28	51,5
Total	1111,5	522	371	461,5

A noter que je n'ai pas inclus dans cette analyse les classes représentées par une ou deux personnes.

IV.3.3. Enquête qualitative

J'ai été étonnée que les participants à l'enquête soient à même de répondre du tac au tac et de façon précise à la question de l'ancienneté au service des personnes âgées dépendantes.

Le remplissage de l'échelle : 7 personnes sur les sur 50 ont d'abord écrit un chiffre au lieu de marquer un trait. Dans 6 cas sur 7 le chiffre noté était supérieur au chiffre mesuré à partir du trait, de 0,2 cm à 1,5cm (par exemple le chiffre 3 est écrit et le trait est à 1,5cm).

Un questionnaire a donné lieu à un signalement auprès de l'encadrement et des ressources humaines pour un agent avec une EVA à 8,9 et une souffrance exprimée très importante.

En vue de révolutionner le monde de l'Ehpad (l'Ehpadie ☺), j'ai demandé aux deux personnes qui avaient mis 0 à l'EVA si elles avaient un « truc » :

- pour l'une c'est la parole : « Pas stressée, un peu énervée...J'en parle, après c'est fini... Si je ne vois pas la personne, je ressasse »
- pour l'autre, c'est sa « nature » en quelque sorte : « je suis très active depuis l'enfance ».

Le remplissage des déterminants était fait soit dans l'ordre des déterminants au fur et à mesure de leur lecture soit en regardant l'ensemble. Dans ce cas, les participants commençaient soit par ce qui était considéré comme le plus stressant, comme pour avoir une référence, soit par ceux qui posaient le moins de difficulté à coter.

Le plus de perplexité a été noté sur la signification de :

- la configuration des locaux
- la confrontation à mon propre vieillissement
- le travail à faire dans le temps imparti.

Je donnais alors des exemples.

Concernant la gestion des décès ou/et fin de vie, quelques verbatim représentatifs :

- j'ai remarqué que le mot mort n'était pas prononcé
- une AS cote 0 pour la gestion des décès. Quand je lui demande si elle est stressée par autre chose que ce qui est dans la liste, elle répond "Ah oui, s'il y a un mort la nuit". Je lui fais remarquer qu'elle a coté 0 la gestion des décès. Elle dit que ce n'est pas un problème parce qu'il y a les autres".
- Une ASH cote 0 la gestion des décès et des fins de vie et m'indique ensuite que cela ne la stresse pas parce qu'elle évite ces situations grâce à la solidarité de l'équipe, sachant combien cela lui serait difficile. Finalement elle revient sur la cotation cote 7 le décès puis raye pour mettre enfin 5 aux deux situations.
- Une AS m'explique en fin de questionnaire "ça m'embêtait de mettre 0 en face de décès; ça peut m'angoisser mais pas me stresser ». Elle cherche une explication et dit « L'angoisse serait [un sentiment] plus profond. »
- Une ASH « Les décès, on s'y habitue »
- Une AS « Les décès, ça dépend si c'est un cancer parce que mon père est mort d'un cancer ; ça dépend si c'est un homme ou une femme. »
- Une AS « les décès, je me suis améliorée. Avant, je les rapportais aux décès que j'avais vécus. »

- Un autre agent « C'est la continuité de la vie. Une personne plus jeune [que moi] a peut-être plus de mal à l'accepter. »

Il y a eu peu de question sur l'organisation du travail et les verbatim semblait montrer une perception assez individuelle de l'organisation du travail « j'organise mon travail comme je veux ». Cependant, parmi les déterminants ajoutés par les agents :

- Sur les 6 AS interrogées à Saint-Amand, 4 ont identifié les appels malades comme un facteur de stress majeur pendant les toilettes des résidants.
- Le manque d'informations, de communication, de transmissions a été cité à Clamecy quatre fois (2 IDE et 2 AS) ; pour une AS les informations concernent plus précisément les modifications organisationnelles relatives au planning et pour l'autre, les informations fournies par les médecins traitants sur la prise en charge des résidants. Une AS a pointé le manque de réunions d'équipe.
- Un seul participant (AS) a évoqué explicitement la surcharge de travail et un autre (AS) le manque de temps à consacrer au bien-être des résidants notamment pendant la toilette.
- Trois participants de Clamecy ont mentionné 3 déterminants de type planning, effectifs, absentéisme.
- Pour une IDE, le management de l'équipe est cité comme facteur de stress supplémentaire.
- La gestion administrative a été évoquée deux fois comme un facteur de stress par des IDE.
- Le poids des responsabilités a été signalé 3 fois (AS, IDE et cadre).

Les demandes des organismes de financement et de contrôle sont stressantes pour trois agents (IDE et cadre).

La conduite de véhicule a été signalée 2 fois dont une par rapport aux passagers.

- De manière isolée, comme facteurs de stress, on note
 - manque d'organigramme,
 - manque de matériel,
 - interactions familles/collègues,
 - manque de reconnaissance de la hiérarchie,
 - méconnaissance des gestes d'urgences,
 - participation aux réunions.

DISCUSSION

Les faiblesses possibles de l'étude

L'effectif des participants à l'enquête est sans doute faible, à cause du manque de temps, surtout pour les résultats de second ordre (constitution de groupes, comparaisons de scores totaux). En même temps, l'effectif représente environ 35 à 40% de l'effectif global pour les catégories professionnelles décrites.

J'ai questionné moins de personnes en valeur absolue à Saint Amand qu'à Clamecy et en même temps, en proportion de l'effectif global, il y a peu de différence, plutôt dans le sens d'une proportion plus importante à Saint-Amand qu'à Clamecy.

La faiblesse des effectifs ne m'a pas permis de comparer les sous-structures à Clamecy ni à Saint-Amand. D'une manière générale, il faut prendre l'étude comme une exploration.

Je déplore quelques biais méthodologiques :

- mon intervention à Clamecy et à Saint-Amand ne veut pas être vécue de la même manière puisque je n'ai pas de responsabilité à Saint-Amand et cela a pu influencer les résultats,
- je n'aurais peut-être pas dû remplir le questionnaire moi-même et en même temps, je me suis sentie indépendante dans mes réponses,
- il est arrivé rarement que je réponde à des interrogations et que les personnes modifient leur notation en fonction de notre échange. Il est probable qu'avec plus de temps, j'aurais pu mieux adapter la formulation des déterminants de stress au public cible. Le fait que j'étais la seule enquêtrice diminue l'impact de ces biais.

La validité des résultats de l'étude

Bien qu'il n'y ait pas eu d'études en Ehpad avec l'échelle utilisée à ma connaissance, la valeur obtenue pour le niveau de stress déclaré (moyenne à 4,13 cm) semble cohérente en comparaison des valeurs décrites dans la littérature, concernant les travailleurs en général en 1997, (3,68 cm pour l'ensemble des enquêtés et 3,93 cm pour les femmes), et en milieu hospitalier, avec une évolution entre 2003 et 2006 de 3,95cm à 3,99cm. Notre étude montre la même corrélation négative entre le niveau de stress et le genre masculin et justement la population étudiée est en grosse majorité féminine (45/50). Par ailleurs, comparativement aux 20,9 % des professionnels avec un score supérieur ou égal à 60mm dans l'enquête nationale ASMT de 1997, on n'est pas étonné d'obtenir un score plus élevé aujourd'hui (14/50), dans le cadre de l'Ehpad, si l'on considère le score hospitalier du CHU de Clermont-Ferrand à l'époque et son augmentation de + 3,3% entre 2004 (IC95% 20,4%-23,2%) et 2005 (IC95% 23,8%-26,3%). En effet, les résidents de l'Ehpad sont de plus en plus lourds en terme de dépendance et de polypathologies.

Cette étude tend donc à valider l'échelle utilisée notamment pour servir d'indicateur pour le niveau de stress des personnels en Ehpad et le pourcentage d'agents stressés, et valider par exemple l'efficacité des formations qui pourraient être mises en place en réponse aux résultats même de ce genre d'étude.

.

La place de la mort dans le stress lié au travail

Le test statistique utilisé n'a pas montré de corrélation particulière entre le niveau de stress et l'item le plus en rapport avec la mort, à savoir la gestion des décès.

On peut se demander si le terme utilisé de « gestion des décès » n'a pas atténué les résultats par rapport à l'utilisation du terme « mort ».

En effet, j'ai noté dans les résultats qualitatifs que ce terme était évité par les participants, comme il l'était par le résidant interrogé pendant la période de maturation du sujet de mémoire. Le terme « décès » est un terme administratif et juridique alors que celui de « mort » est plus littéraire et dramatique. De même, le terme « gestion » ne retire-t-il pas justement la question plus psychologique et spirituelle du travail de deuil ?

Par ailleurs, l'approche puis la réalité de la mort dans ce qu'elles impliquent d'activités à travers la gestion de la douleur, de la fin de vie, la relation avec les familles et avec les autres résidants risquent de perturber de manière importante l'organisation du travail et d'impacter la possibilité de faire son travail dans le temps imparti ; cela pour dire que les scores attribués au déterminant « gestion des décès » ne reflètent sans doute qu'une partie de la charge mentale liée à l'approche puis à la réalité des décès.

On peut aussi se demander si la perspective de la mort est incluse dans le stress lié à la confrontation à son propre vieillissement ou bien si la crainte de devenir vieux suffit à expliquer le stress déclaré.

A Clamecy, la gestion des décès semble poser plus de problèmes qu'à Saint-Amand. Un protocole est en place à Saint-Amand vis-à-vis de l'information des résidants et des rites associés au décès d'un résidant.

Les relations avec les collègues tendent à être positivement corrélées avec le niveau de stress. Ce résultat qui mériterait d'être confirmé par une étude plus large, me paraît intéressant notamment vis-à-vis des questions qui entourent les pratiques autour des décès. En effet, on a pu lire que deux personnes ont déclaré ne pas être stressées par la gestion de la mort du fait de la possibilité d'évitement des situations difficiles grâce aux collègues.

Le travail sur la cohésion des équipes serait majeur par rapport au stress et par rapport aux pratiques relatives aux décès.

Notons que si les participants semblaient avoir une notion assez individuelle de l'organisation du travail, ils ont pointés plusieurs éléments organisationnels comme facteurs de stress (Cf § résultats qualitatifs). Et c'est bien dans l'organisation collective du travail que la difficulté à réaliser son travail dans le temps imparti peut trouver des solutions.

La encore la valorisation de l'organisation collective du travail peut participer à l'amélioration de ses conditions.

Concernant le hit parade des déterminants du stress effectué en complément de l'analyse statistique, les fausses routes apparaissent être le déterminant le plus stressant autant de manière globale que dans chacun des établissements. Or les fausses routes font particulièrement craindre une issue fatale, soit par obstruction complète soit par surinfection broncho-pulmonaire consécutive.

Si l'on compare le score de stress pour la gestion des fausses routes par catégories professionnelles, ce sont les ASH qui remportent le maillot jaune avec le score le plus élevé. En effet, elles participent souvent à l'aide au repas et en même temps, elles sont moins formées que les aides-soignantes et les infirmières. Cela dit, les professionnels qui ne sont pas directement au contact des résidents ont également un score très élevé sur la gestion des fausses routes, sans doute au moins du fait de leur responsabilité dans la formation des équipes à cet item.

Les autres déterminants du stress

Les deux déterminants pour lesquels une corrélation positive a significativement été démontrée avec le niveau de stress sont les paramètres « travail à faire dans le temps imparti » et « confrontation à son propre vieillissement ». Si le travail à faire dans le temps imparti était déjà remarquable comme déterminant de stress, aussi bien sur les médianes que sur les totaux des scores, ça n'est pas le cas de la confrontation à son propre vieillissement, d'où l'intérêt d'utiliser le test de régression linéaire. Notons que, grâce à ce test, on peut aussi avancer que la corrélation entre le niveau de stress et la confrontation à son propre vieillissement est indépendante de l'âge des enquêtés.

Si l'on compare les médianes pour les déterminants, la gestion des douleurs et des fins de vie apparaît au même niveau que celle des fausses routes et du travail à faire dans le temps imparti juste avant l'organisation du travail à égalité au même niveau que la gestion des décès et celle des chutes.

Les différentes catégories professionnelles

Considérant cette étude comme une étude exploratoire, certains déterminants de stress semblent remarquables en fonction des catégories professionnelles et mériteront d'être discutés de manière approfondie. Par exemple :

- la gestion des médicaments pour les ASH
- les relations hiérarchiques chez les IDE, aussi bien par rapport à leur hiérarchie qu'à leur équipe, d'après les commentaires qui m'ont été faits.

Perspectives

François SCHEPENS, dans son livre « Les soignants et la mort » (9) écrit : « *Si l'on réalise du « bon travail », la confrontation avec la maladie et la mort, la souffrance du patient et de ses proches, ne sont pas insupportables. Bien travailler nécessite tout de même de se définir comme « limité », sinon l'incertitude générée par les situations de fin de vie conduiraient inévitablement les soignants à la paralysie. Accepter ses limites, c'est accepté de ne pas être tout-puissant, ce qui permet de reconnaître comme définition du bon travail le fait de ne proposer que la moins mauvaise des solutions, et non la meilleure. »*

L'intérêt de cette étude est d'approcher l'impact des différents déterminants d'un mal-être au travail et mieux connaître ainsi les endroits de nos limites. Une bonne cohésion d'équipe sera sans doute déterminante dans la prise en compte de ces limites.

La complexité du sujet de la mort rend difficile toute analyse segmentaire. Cependant, l'institution peut déjà apporter des réponses simples sur différents plans. Par exemple, pour la gestion des fausses-routes qui représente le déterminant le plus stressant, une formation à la prévention des troubles de la déglutition et une formation aux gestes d'urgences peuvent assez facilement être mises en place. Une évaluation des troubles de la déglutition des résidents permettrait également de mieux objectiver le niveau de risque de fausses routes en vue de les prévenir. De même les formations à la gestion de la douleur et de la fin de vie.

D'autre part, la remise en question régulière de l'organisation du travail peut contribuer à diminuer le stress des équipes.

Régis AUBRY écrit en post-face du livre de François SCHEPENS: « *parce qu'il est insuffisamment formé et préparé, le soignant, confronté à la mort, aux limites de la vie et du savoir, se sent mal à l'aise* ».

Ayant appliqué ce qu'il a appris à faire, le soignant « va devoir entendre l'indicible et voir ce que l'homme vulnérabilisé essaie de cacher : la souffrance existentielle et spirituelle. Il lui restera à investir ce qui reste à l'homme lorsque son alter ego souffre : il ne l'abandonnera pas ; il l'accompagnera. Ce temps de forte densité émotionnelle le confrontera encore plus à lui-même, à ses limites mais aussi à ses potentiels. »

Pour ce qui est de former les équipes à répondre à la souffrance existentielle et spirituelle des résidents et à la leur-propre, les dispositifs de formation me semblent eux-mêmes limités surtout par la question du temps quand on considère la difficulté à parler de la mort et la complexité du sujet. Je propose, en réponse à ces limites, un dispositif de formation à travers la création d'un objet artistique par des personnels volontaires: par exemple un film. Ce dispositif mis en place par un artiste en résidence, s'étale dans le temps (6 mois). Il a aussi pour visée l'amélioration de la cohésion d'équipe, déterminante dans celle des conditions de travail. Par ailleurs, l'intérêt d'un film est de pouvoir être montré en même temps qu'est partagée une expérience inédite avec toutes les structures impliquées dans le réseau d'accompagnement des personnes âgées dépendantes.

CONCLUSION

L'enquête réalisée auprès de 50 professionnels de deux Ehpad a permis de valider l'intérêt d'un outil simple de mesure du niveau de stress lié au travail et du pourcentage d'agents stressés comme indicateur de la souffrance des équipes en Ehpad.

Elle a également permis de recueillir des informations précieuses pour orienter les priorités de chaque institution afin de répondre au malaise de ses professionnels : par exemple, mettre en place des formations à la prévention des troubles de la déglutition et aux gestes d'urgence ; évaluer les troubles de la déglutition des résidents pour mieux objectiver le risque de fausses routes et y apporter le soin voulu. Ces éléments peuvent faire partie intégrante du projet d'établissement et du projet de soins.

Par ailleurs, une corrélation statistiquement significative avec un p à 0,02 a été mise en lumière entre le niveau de stress déclaré par les professionnels et deux des déterminants déjà identifiés par de précédentes études : d'une part la confrontation à son propre vieillissement, d'autre part la difficulté de réaliser son travail dans le temps imparti, indépendamment des autres facteurs et de l'âge ou de l'ancienneté dans le métier.

Par ailleurs, l'aspect qualitatif de l'enquête semble montrer une perception assez individuelle de l'organisation du travail alors qu'il apparaît que les relations avec les collègues peuvent jouer un rôle déterminant dans la gestion des activités stressantes, en particulier par rapport à la mort.

Concernant la mort qui était le sujet principal du mémoire à l'origine, je crois avoir mis en évidence la complexité du sujet autant que la difficulté pour les professionnels d'en parler.

Ainsi, je propose un outil innovant de médiation artistique pour aider les équipes sans qu'il ne soit nécessaire de *bouleverser les choses* pour les résidents ainsi que le recommande le

Président de notre CVS.

REFERENCES

- 1) http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/tabou_taboue/76319
- 2) SOAREZ M., La souffrance des soignants autour de la mort en Ehpad, AFDG Lettre DE Psychogériatrie, 2011
- 3) DAVID TACCOEN, La place de la mort et l'accompagnement du deuil au sein d'un Ehpad, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 2015
- 4) Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles « Qualité de vie en Ehpad » - Volet 4, L'accompagnement personnalisé de la santé du résident, ANESM Septembre 2012,
- 5) Les dossiers de la DRESS, numéro 5, Des conditions de travail en Ehpad vécues comme difficiles par des personnels très engagés, Septembre 2016,
- 6) Assemblée nationale, Communication de Madame Monique IBORRA, rapporteur de la mission Flash sur les Ehpad, 13 septembre 201
- 7) LANGEVIN V., BOINI S., FRANCOIS M., RIOU A., Risques psycho-sociaux : outil d'évaluation- Echelle visuelle analogique, Référentiels en santé au travail, n°130, juin 2012
- 8) <https://carnets2psycho/dico/sens-de-representation.html>
- 9) SCHEPENS F., Les soignants et la mort

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1. Les déterminants du stress présentés dans le questionnaire (p 14)

Tableau 2. Répartition des fonctions des participants à l'enquête dans les deux établissements (p 17)

Tableau. 3 Comparaison de médianes des déterminants dans les deux établissements (P 24)

Tableau 4. Hit parade des déterminants du stress (p.24)

Tableau 5. Hit parade des déterminants du stress par établissement (p 25)

Tableau 6. Score total des déterminants de stress pour 4 catégories professionnelles (p 26)

Graphique 1. Pyramide des âges (p 18)

Graphique 2. Médiane des valeurs de stress (p 19)

Graphique 3. Distribution générale du niveau de stress global (p 19)

Graphique 4. Distribution des valeurs de stress en fonction du genre (p 20)

Graphique 5. Distribution des valeurs de stress en fonction du lieu de travail (p 22)

Graphique 6. Médianes de niveau de stress par catégories professionnelles (p 22)

Graphique 7. Médianes de scores de stress pour chaque déterminant proposé (p 23)

ANNEXE