

UNIVERSITE PARIS DESCARTES
FACULTE COCHIN-PORT ROYAL

DIPLOME UNIVERSITAIRE
MEDECIN COORDONNATEUR EN EHPAD

Année 2015-2016

MEMOIRE

ROLE DU MEDECIN
COORDONNATEUR DANS LA
PREVENTION DU BURNOUT CHEZ
LES SOIGNANTS EN EHPAD

Dr Jacques VIARD

Directeur : Mme Odile GENTIL, directrice d'EHPAD
61110 BRETONCELLES

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».

Herbert J. FREUDENBERGER..

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-------|
| INTRODUCTION | p. 3 |
| METHODES | p. 5 |
| RESULTATS | p. 7 |
| DISCUSSIONS | p. 12 |
| LE BURNOUT, C'EST QUOI ? | p.13 |
| MECANISMES DE SURVENUE DU BURNOUT CHEZ LES SOIGNANTS | p. 18 |
| CAUSES LIEES A L'INDIVIDU | |
| CAUSES LIEES AUX CONDITIONS DE TRAVAIL | |
| CONSEQUENCES DU BURNOUT | p. 20 |
| TROUBLES SOMATIQUES | |
| TROUBLES PSYCHIQUES | |
| CONSEQUENCES SUR LA QUALITE DES SOINS | |
| CONSEQUENCES SOCIOECONOMIQUES | |
| ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR | p. 24 |
| RAPPORT AVEC LA DIRECTION | |
| RAPPORT AVEC LES RESIDENTS | |
| RAPPORT AVEC LES FAMILLES | |
| RAPPORT AVEC L'EQUIPE | |
| CONCLUSION | p. 30 |
| ANNEXES | p. 32 |
| BIBLIOGRAPHIE | p. 39 |

INTRODUCTION

Je suis médecin généraliste en milieu rural depuis une quinzaine d'années et j'interviens régulièrement dans plusieurs EHPAD pour suivre les patients dont j'avais la charge à domicile. Au fil du temps, la prise en charge des résidents a évolué et le rôle des soignants également avec pour objectif une amélioration de la qualité des soins, et un accompagnement personnalisé de nos anciens, devenus dépendants.

Un nouveau métier est né : Le médecin coordonnateur, poste que j'ai accepté récemment sans en connaître la fonction. La maison de retraite est devenue EHPAD, je me suis donc intéressé au fonctionnement de cette structure, véritable entreprise avec ses codes, ses obligations, sa productivité et sa bureaucratie.

C'est également un lieu extrêmement riche en relations humaines. C'est une grande maison ou un groupe d'humains, les soignants, doit accompagner un autre groupe d'humains, les résidents, jusqu'à la mort. Tout cela dans les meilleures conditions possibles pour les deux groupes.

Jusqu'à présent, mon attention était focalisée sur le groupe « malade », mais ma nouvelle fonction nécessite de prendre en compte les problèmes qui peuvent survenir au sein du groupe « soignants », car le succès de l'entreprise repose sur la bonne santé des deux groupes.

Le concept de burnout fait son apparition dans le monde du travail avec ces dernières années un engouement particulier, certains annoncent même une épidémie ! Les soignants sont les plus prédisposés à être atteints de ce mal, de nombreuses études et réflexions le rapportent.

La prise en charge de ces soignants malades est délicate et complexe car le burnout n'est pas codifié, son traitement ne peut donc être soumis à un protocole défini. La prévention est donc le meilleur moyen d'éviter l'évolution d'un stress vers un burnout.

Le médecin coordonnateur peut-il avoir un rôle dans la prévention du burnout chez les soignants travaillant en EHPAD ?

METHODES

J'interviens en tant que médecin traitant dans deux EHPAD situés en milieu rural dans le département de l'orne : La providence situé à Longny au perche 61290 (105 lits), EHPAD privé à but non lucratif, et Les grands prés à Bretoncelles 61110 (56 lits), public.

J'ai entendu de nombreux témoignages du personnel soignant lors des visites que j'effectue dans ces structures depuis 15 ans. Dans l'EHPAD de 56 lits, j'ai accepté, un peu malgré moi, le poste de médecin coordonnateur après le départ d'un confrère précipitamment il y a 2 ans.

Enrichi de ces témoignages pour faire ce travail, j'ai également adressé 25 questionnaires (Annexe 1) dans chaque établissement pour recueillir le ressenti du personnel soignant sur la place que peut avoir le médecin coordonnateur dans la prévention ou la prise en charge du stress au travail. Ce questionnaire a été conçu de façon anonyme et ouvert volontairement afin de laisser l'expression libre, il a été mis à disposition après information durant l'été 2016 avec recueil trois semaines plus tard, dernier recueil le 6 septembre 2016.

Intentionnellement, Il a été distribué sans discrimination, à l'ensemble des postes salariés des établissements, dont le témoignage est intéressant, mais ne seront retenus dans l'étude que les réponses de trois postes : infirmier, aide-soignant et agent.

Après description du soignant par six items (poste, âge, sexe, ancienneté, situation matrimoniale, participation ou non à une formation sur le stress au travail), la question leur a été posée : pensez-vous avoir souffert de stress ou de burnout au travail ? Oui ou non.

Puis trois questions ouvertes avec indices :

1 Causes du stress.

2 Remèdes à ce stress.

3 Rôle du médecin coordonnateur dans la prévention ou la prise en charge de ce stress.

L'analyse des données a permis de regrouper les réponses par items pour établir une étude statistique ainsi que des impressions, expressions, ou cris du cœur également très informatifs.

Le questionnaire est en annexe 1.

RESULTATS

Les résultats des deux établissements ont été fusionnés.

50 questionnaires ont été distribués.

Retour total : 20 questionnaires, ce qui représente un taux de réponse de 40 %.

Résultat de la population ayant répondu au questionnaire :

6 agents.

7 aides-soignants.

4 ide.

3 autres (direction / cadre / animation), réponses non prises en compte dans l'étude statistique.

Age moyen : 44 ans allant de 28 à 60 ans.

Sexe : 88 % Féminin.

Ancienneté moyenne : 12.5 années allant de 2 à 37 années.

Situation matrimoniale : **60 % en couple**, 20 % vivant seul(e) et 20 % seule avec enfants.

Formation : **44 % ont reçu une formation** concernant le burnout.

Stress au travail : **83 %** affirment avoir souffert de **stress au travail**.

Pour chacune des 3 questions, les réponses ont été regroupées en items.

Quelle sont, selon vous, les raisons de ce mal être ? :

- 1 Surcharge de travail et organisation du planning : 94 %
- 2 Manque de considération : 50 %
- 3 Salaire trop bas : 44 %
- 4 Problèmes relationnels avec l'équipe : 40 %
- 5 Problèmes relationnels avec les familles : 33 %
- 6 Problèmes personnels : 11 %

Comment peut-on y remédier selon vous ? :

- 1 Ecoute et groupe de parole : 77 %
- 2 Formation : 55 %
- 3 Temps de travail et planning : 38 %
- 4 Revalorisation salariale : 33 %
- 5 Etre revalorisé dans son travail : 27 %
- 6 Avoir plus de soignant masculins : 22 %

Le médecin coordonnateur peut-il avoir un rôle dans la prévention ou la prise en charge du burnout ? Réponse oui : 100 % non : 0 %

Comment ? :

1 Ecoute et groupe de parole : 61 %

2 Information médicale et formation : 44 %

3 Rôle de maillon neutre entre l'équipe et la hiérarchie ou les collègues : 38 %

4 Relationnel avec les familles : 33 %

Quelques morceaux choisis parmi les réponses des soignants :

« Par période, la charge de travail est telle qu'on ne peut avoir une qualité de travail comme on le souhaiterait. Nous avons eu la chance de suivre des formations mais malheureusement, pas le temps de mettre en pratique, c'est frustrant. ».

« Des entretiens individuels, pas obligatoire mais à la demande, pourraient permettre d'évacuer ce trop-plein, avoir une écoute et un échange ».

« Je me suis sentie souvent en survie, sentiment de culpabilité, envie d'être invisible... ».

« Nous avons une méconnaissance du mode de calcul des heures travaillées, nous devons toujours des heures ! POURQUOI ? ».

« Il me paraît important que les équipes aient des soutiens psychologiques, outre les solutions pratiques d'organisation souvent avancées ».

« La souffrance des soignants mal soignés, mal déterminée, ou inconsciente peut être confrontée à la souffrance des patients, cela se renvoie comme un effet miroir ».

« Encourager les équipes en pointant les points faibles mais aussi les points forts du travail...Les équipes n'ont pas seulement besoin de coups de bâton mais aussi des carottes ! »

« Des salaires gelés depuis 6 ans pour les AS, un pouvoir d'achat de plus en plus faible, un manque de considération de la part des décideurs, du gouvernement ».

« La première raison de mon mal être était l'ambiance dans les services, les critiques, les ragots, des histoires partant de rien qui ne concernent en rien le travail ».

« Meilleur salaire, pouvoir partir en W-E avec sa famille, couper avec la routine, lâcher prise ».

« Peut-être plus d'hommes apaiserait les tensions entre filles ! ».

« J'ai le sentiment d'être continuellement en retard dans mon travail ».

« Un harcèlement de ma hiérarchie, des menaces professionnelles ont réussi à me pousser vers un mal être important ».

« Le médecin coordonnateur peut être à l'écoute des soignants et de leurs difficultés lors d'une prise en charge difficile, de familles de résidents agressifs. Il travaille en collaboration avec la direction, la cadre, il est un lien, un maillon de communication entre les soignants, les résidents, leur famille mais aussi avec la hiérarchie. Il doit rester neutre ».

« Les résidents, les familles sont de plus en plus demandeurs, exigeants, le temps manque, le personnel manque, ce qui entraîne des problèmes de communication et de conflit ».

« Un salaire qui n'évolue pas et ne suit pas la pénibilité de notre travail, aucune reconnaissance pour nous soignants, qui nous occupons d'êtres humains, et où on nous demande un travail d'usine, on ne supporte PAS ! ».

« Travailler en équipe, pour moi, le sourire est important, nous reconnaître et nous appeler par nos prénoms ».

« Je ne comprends pas non plus qu'on nous change nos férias ou nos jours de repos sans nous en parler, on découvre cela sur le planning, c'est aussi ça, le manque de considération...!! ».

« Il faut nous permettre d'avoir les formations que l'on demande, pas qu'on nous impose ».

« Ce travail a ses lourdeurs et peu d'endroits pour les déposer ».

« Le médecin coordonnateur est trop impliqué dans tous les secteurs. Peut-il encore, au-delà d'une certaine écoute, être acteur, aidant, sans être en conflit d'intérêt ».

DISCUSSIONS

A la question : Pensez-vous avoir souffert de burnout au travail même de façon minime ? La réponse est oui à 83 %.

A la question : Pensez-vous que le médecin coordonnateur puisse avoir un rôle dans la prévention ou la prise en charge du burnout chez les soignants en EHPAD ? La réponse est : oui à 100 % parmi les personnes ayant répondu au questionnaire.

Pour un médecin coordonnateur, il est donc bien légitime de réfléchir sur ce sujet, de connaître les mécanismes de survenue du burnout, ses conséquences, les moyens de le repérer et de le prévenir. Il est essentiel de faire la différence entre les prémices d'un burnout et, une déprime ou un ras le bol.

L'étude ne concerne que deux établissements et seule 40 % des questionnaires sont revenus malgré l'incitation à participer et les relances sur 3 semaines, la taille de l'échantillon est donc très faible. On peut supposer que les répondeurs étaient ceux qui avaient le plus de choses à dire. On peut également supposer que l'anonymat est relatif dans ces petites structures entraînant une réticence à s'exprimer librement.

Les questions ouvertes avec indices ne peuvent pas être utilisées pour établir une évaluation quantitative du degré de stress chez les soignants mais l'expression libre est souvent plus informative qu'une analyse de croix cochées, parfois de façon aléatoire. L'objectif de ce travail n'est pas de prouver ou de quantifier le stress des soignants en EHPAD car de nombreuses études ont montré que la prévalence du burnout chez les soignants en EHPAD est élevée, de l'ordre de 23 à 50 % (1). Il est de savoir si le médecin

coordonnateur peut avoir un rôle dans la prévention et la gestion de ce stress et de quelle façon.

LE BURNOUT, C'EST QUOI ?

Le terme de burnout est emprunté aux anglo-saxons pour définir ce que peut engendrer le stress au travail. Il évoque l'épuisement de la flamme d'une bougie qui se consume, dont le scintillement vacille car fatiguée et vidée de son énergie.

Une autre hypothèse serait que le terme soit emprunté à l'industrie aérospatiale en désignant la situation d'une fusée dont l'épuisement de carburant a pour résultante la surchauffe et le risque d'implosion brutale. Cette métaphore exprime très bien ce qu'un individu peut ressentir et laissé transparaître lorsqu'il est exposé au stress de façon intense et prolongé.

Les japonais parlent de « karoshi » signifiant « mort par la fatigue au travail », le terme est un peu violent mais il évoque correctement l'inexorable issue de cette souffrance.

On appelle cela en français le « syndrome d'épuisement professionnel », terme moins percutant et moins poétique, mais répondant à des critères bien définis qui reste néanmoins à codifier pour l'inscrire au grand tableau des maladies dites « professionnelles ».

UN PEU D'HISTOIRE

Le stress est décrit dès le XIX ème siècle comme la réponse d'un être vivant face à une agression. Cette réponse initialement destinée à surmonter le danger peut, si l'obstacle semble trop difficile à franchir, être inappropriée voir contre-productive.

Dans sa théorie de l'évolution, Charles DARWIN, le célèbre naturaliste anglais, évoquait : « *La peur est un moyen de faciliter la survie* ». On entrevoit le concept de stress positif.

Le cardiologue William OSLER disait également à cette époque qu' : « *un travail pénible avec de lourdes responsabilités est à l'origine de tourments causant des problèmes médicaux tels que des angines de poitrine* ». On entrevoit le concept de stress négatif.

Claude BERNARD, médecin physiologiste français, considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale, observait les animaux exposés à une situation menaçante et leurs réactions : la fuite ou le combat .Tout organisme est donc soumis à une loi de rétablissement de son milieu intérieur vers un équilibre constant : « *La fixité du milieu intérieur est la condition de la vie libre et indépendante* ».

Au début du XXème siècle, ce phénomène est étudié par le physiologiste américain Walter BRADFORD CANNON, et défini par le concept d'homéostasie. Il décrit à l'époque l'attitude d'un sujet face à un danger imminent : « *Fight , Flight and Freeze* », soit le combat , la fuite , ou ne rien faire en restant immobile.

Au milieu du XXème siècle, Hans SELYE, endocrinologue et physiologiste canadien est considéré comme le pionnier des études sur le stress. Ses travaux aboutissent au modèle de SELYE : La théorie du syndrome général d'adaptation. Ce syndrome est un ensemble de symptômes non spécifiques qui apparaissent quelle que soit la nature de l'agression. Ce modèle comporte trois phases représentant trois réactions successives d'un être vivant face à une situation de stress. La première phase est l'alarme, première réaction qui permet un temps de préparation, de mobilisation des ressources face au danger avant d'aborder le combat, puis vient la phase de résistance, c'est la guerre de position, on utilise les ressources mobilisées pour lutter contre l'agent stressant, si celui-ci persiste dans le temps avec assez de vigueur, on entre inexorablement dans la troisième phase, la phase

d'épuisement ou l'organisme n'est plus capable de résister, il s'épuise et il apparaît alors différents troubles somatiques et psychiques, le pouvoir d'adaptation d'un être vivant étant toujours limité.

C'est le burnout.

Dans les années 1970, le phénomène est de plus en plus étudié et défini. Un psychiatre américain, Herbert J.FREUDENBERGER, décide de prendre en charge des toxicomanes dans ce qu'il appelle une « free clinic », lieu d'accueil et de soins aux horaires très souples exigent de la part des soignants, souvent bénévoles, une grande disponibilité et un investissement personnel et émotionnel très important.

Il remarque alors qu'après à peine un an, les soignants montrent des signes de démotivation, de troubles de l'humeur, des symptômes somatiques inhabituels (rhumes persistants, céphalées, troubles gastro-intestinaux). Il décrit également chez ces sujets un comportement distant, voire cynique, vis-à-vis du malade avec une tendance à hyper investissement, souvent inefficace. Il remarque aussi des stratégies d'évitement ou d'isolement :

« En tant que psychanalyste et praticien, je me suis rendu compte que les gens sont parfois victimes d'incendie, tout comme les immeubles. Sous la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consommer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ».(8).

Une psychologue américaine, Christina MASLACH, s'intéresse particulièrement à ces comportements de cynisme, d'évitement, de froideur que montrent les individus en réaction à un stress intense et prolongé, on parle d' « inquiétude distante ».

C'est le cas du médecin qui, pour se protéger d'une charge émotionnelle incontrôlable face à une maladie grave incurable, va considérer l'individu comme un cas, un numéro de chambre; il déshumanise son activité pour pouvoir l'assumer.

L'inquiétude distante, mécanisme de défense adéquat dans nos sociétés devient pathologique dans sa forme extrême avec la dépersonnalisation : L'individu adopte alors une attitude rigide avec une obéissance stricte et stupide du règlement, du protocole, sans implication émotionnel ou rationnellement humaine.

Le cynisme est la résultante d'une équation complexe où la victime est le soignant et la cause du mal est le malade. La dépersonnalisation est un mécanisme d'autodéfense dégénéré pouvant conduire à la maltraitance.

Les travaux de C. MASLACH (2) lui ont permis de définir le burnout de façon tridimensionnelle : L'épuisement émotionnel (sentiment de vide intérieur), la dépersonnalisation (du cynisme à la déshumanisation) et le manque d'accomplissement personnel (sentiment d'échec, d'être incompetent). Des items viennent enrichir ces trois facteurs pour constituer une échelle de mesure aujourd'hui largement validée : le MBI pour Maslach Burnout Inventory's. Annexe 2.

D'autres conceptions du burnout sont venues étayer ou compléter les études de C. MASLACH avec des approches différentes.

Cary CHERNISS, psychologue américain, décrit le burnout comme « *un processus dans lequel un professionnel engagé se désengage de son travail en réponse au stress et aux tensions ressenties* » (3). Son modèle repose sur un principe : l'individu et son environnement sont intimement liés et s'influencent mutuellement. Le burnout apparaît s'il

survient un déséquilibre entre les ressources d'un individu et les exigences de son travail. Il se produit alors le processus classique en trois étapes : Après son investissement initial, l'individu ressent un stress quand il s'aperçoit du déséquilibre entre ses ressources, ses capacités et l'ampleur du travail exigé. En réponse à ce stress, qui l'épuise, ce travailleur désenchanté va réduire ses objectifs, transformer son idéal. Dans cette désillusion vont apparaître les attitudes de détachement puis de cynisme.

Cette approche met l'accent sur les caractéristiques individuelles de la personne, ses ressources, ses capacités d'organisation, ses objectifs, son idéal. Toutes ces caractéristiques vont aller percuter le mur de la réalité, de ses exigences, si la tâche est perçue comme inaccessible. C'est l'investissement initial qui engendre le burnout.

On retrouve cette conception chez Ayala PINES, psychologue israélienne : c'est la motivation, voir l'hyper motivation qui engendre le burnout. Le travail étant l'objet d'une quête existentielle de l'individu et ce, dans un climat de recherche de performance et de compétitivité.

C'est l'échec de cette quête existentielle qui est à l'origine du burnout. L'individu motivé s'enflamme puis se consume car il est privé de la signification qu'il recherche dans son travail.

De nombreuses définitions tentent donc d'expliquer ce concept de burnout avec différentes approches. Cela corrobore le fait que le syndrome n'est pas strictement défini. Toutes les approches rejoignent tout de même le phénomène tridimensionnel de C. MASLACH :

L'épuisement émotionnel.

La dépersonnalisation.

Le manque d'accomplissement personnel.

MECANISMES DE SURVENUE DU BURNOUT CHEZ LES SOIGNANTS

94 % des soignants ayant répondu au questionnaire estime que la surcharge de travail est la principale cause de survenue de burnout, puis 50 % le manque de considération de leur travail, 44 % incrimine un salaire trop bas, 40 % des problèmes relationnels aux sein de l'équipe, 33 % des problèmes relationnels avec les familles et enfin 11 % évoque des soucis personnels.

Deux types de mécanisme semblent ressortir de ces réponses :

- Les causes liées à l'individu, son amour propre, son idéal.
- Les causes liées aux conditions de travail.

1. Les causes liées à l'individu.

Le choix du métier de soignant n'est pas anodin, il se fait par vocation ou par dépit dans un contexte socio-économique délicat. La vocation du soignant est d'aider l'autre, c'est un engagement et plus il est important, plus le besoin de reconnaissance est nécessaire pour préserver son équilibre psychique. La personnalité du soignant intervient donc de façon primordiale. Le besoin de bien faire, de vouloir faire mieux, d'être perfectionniste sont autant

de qualités qui peuvent paradoxalement rendre l'individu plus vulnérable et sujet au burnout quand il se heurte à la réalité de terrain. On parle de « la maladie du battant ».

Le manque de reconnaissance participe à cette souffrance, les soignants l'évoquent fortement dans les réponses au questionnaire. Les efforts fournis au quotidien, le jour, la nuit, les WE et fériés ne sont pas toujours récompensés par une valorisation, une considération de la part du résident, des familles, des collègues, de la hiérarchie et de la fiche de paie. Ce manque de reconnaissance est souvent vécu, à bon escient, comme une injustice.

Tous ces facteurs prédisposant au burnout sont liés, d'une part, à la personnalité du soignant, son idéal, sa quête, et d'autre part, à la qualité des relations humaines au sein de l'EHPAD.

2. Les causes liées aux conditions de travail

La surcharge, les conditions, le rythme et l'organisation du travail sont incriminés chez 94 % des soignants comme facteurs conduisant au burnout. Ce n'est pas tant la charge de travail qui est néfaste mais la surcharge, le fait de ne pas avoir le temps de faire son travail correctement, le sentiment de ne pas pouvoir accomplir toutes les tâches assignées dans un temps donné. C'est une cause de frustration chez les soignants qui revient très fréquemment (morceaux choisis). Il est également reconnu que plus le patient est dépendant, incontinent et dément, plus le soignant est exposé au burnout (1).

La mécanisation des tâches, introduite par les bureaucrates afin d'optimiser la productivité, est totalement vouée à l'échec. La déshumanisation progressive engendrée par ce type de management dans le domaine de la santé conduit inexorablement au burnout. Les soignants évoquent un travail « à la chaîne », ou même le temps relationnel, qui prend toutes sa valeur intime lors de la toilette, devient stéréotypé.

Les causes liées à l'individu et les causes liées aux conditions de travail sont intriquées. Le soignant doit satisfaire son exigence, son idéal, et la tâche à accomplir doit être réalisable et adaptée à ses capacités. La barrière n'est pas à la même hauteur pour tout le monde, mais il faut tous la franchir, et être récompensé de cet accomplissement.

CONSEQUENCES DU BURNOUT

Le burnout peut être à l'origine de troubles somatiques et de troubles psychiques chez le soignant. Ces troubles sont préjudiciables à la qualité des soins avec un risque de maltraitance. Avec des soignants moins performants et un absentéisme croissant, les conséquences socio-économiques peuvent être désastreuses.

1. Troubles somatiques

Déjà évoqué dans le modèle de SELYE avec La théorie du syndrome général d'adaptation, les réactions successives d'un individu face à une situation de stress passent par trois phases : La phase d'alarme, la phase de résistance puis la phase d'épuisement. Durant la phase d'alarme, la mobilisation des ressources rend l'individu plus performant et productif pour affronter la phase de résistance, mais la durée et l'intensité de l'exposition au stress entraîne un épuisement, avec des conséquences somatiques évidentes.

Initialement s'installe un état de fatigue chronique aggravé par l'apparition de troubles du sommeil. Le soignant se plaint de lombalgies, de céphalées, de rhumes trainant par une probable baisse des défenses immunitaires.

On observe également une surconsommation de psychotrope, d'alcool, de tabac ou autres substances, anxiolytiques ou dopantes, avec des conséquences sur le risque cardiovasculaire déjà décrit par OSLER au XXème siècle. Des études tendent à considérer de nos jours que le stress est un facteur de risque cardiovasculaire à part entière (3).

La médecine moderne a inventé un nouveau concept : Les troubles musculo-squelettiques (TMS), près de 56 % des soignants déclare en souffrir (5). Lombalgies, tendinites, dorsalgies et autres cervicalgies sont les conséquences d'une hyper sollicitation du corps dans un contexte de tension nerveuse exacerbée.

L'exposition prolongée au stress entraîne donc des conséquences somatiques pures, des troubles d'ordre psychosomatique mais aussi de véritables troubles psychiques.

2. Troubles psychiques

Les troubles psychiques induits par le burnout s'explique en reprenant l'étude du phénomène tridimensionnel de C.MASLACH : L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et le manque d'accomplissement personnel.

Le soignant devenu malade est épuisé, vidé, il a un sentiment d'échec, l'impression d'être incompetent. Il se dévalorise et perd son amour propre, il a perdu le sens de sa mission ce qui renforce son sentiment de culpabilité. Les stratégies de défense comme la dépersonnalisation avec le détachement, la déshumanisation, le cynisme, pouvant conduire à la maltraitance, ne font qu'amplifier l'auto dévalorisation et conduit le soignant vers une dépression (6).

Parfois, les manifestations psychiques peuvent être plus brutales avec un krach soudain que l'entourage n'a pas vu venir. L'individu qui ressent des signes avant-coureurs va masquer ses symptômes pour ne pas se considérer comme faible : craquer, c'est un aveu de faiblesse. Alors, il continue, avec un hyper investissement qui est contre-productif et qui ne fait qu'alimenter cette spirale infernale, et le corps lâche d'un coup. La forme extrême de ce phénomène étant le suicide brutal ou la mort par la fatigue au travail décrit par les japonais avec le terme de « karoshi ».

3. Répercussion sur la qualité des soins.

Les troubles somatiques et psychiques décrits précédemment ne peuvent qu'altérer la qualité des soins mais le burnout est un véritable facteur de risque de maltraitance. La dépersonnalisation entraîne une déshumanisation des relations et un détachement vis-à-vis du résident. Cette est une forme de maltraitance ordinaire avec le manque d'empathie, l'obéissance stricte des consignes de soins et des protocoles sans dimension relationnelle.

Le cynisme est la première porte franchie vers le chemin de la maltraitance, la négligence une autre, et la violence est l'aboutissement inconscient de faire payer au résident le mal dont souffre le soignant. Une étude française montre bien le lien de causalité qui existe entre burnout et maltraitance (7).

4. Conséquences socio-économiques.

La conséquence directe du stress chez les soignants en EHPAD, est un mauvais fonctionnement de l'institution car la qualité des soins est diminuée, la productivité de

chacun est moindre. Le burnout augmente le taux d'abandon de poste, le turnover, le nombre d'arrêt de travail et d'accident du travail.

L'absentéisme qui en résulte impose une réorganisation régulière du planning des salariés, avec les tensions que cela engendre entre les collègues, et avec la hiérarchie. Cela alimente l'épuisement des travailleurs présents et le processus se poursuit telle une spirale négative.

A ce coût pour l'institution, cet absentéisme est à l'origine d'un surcoût social avec un accroissement des dépressions, du chômage, des décès prématurés, des problèmes familiaux. La reconnaissance du syndrome d'épuisement professionnelle comme maladie professionnelle est un sujet très délicat car dans le contexte actuel, le risque épidémique existe avec les conséquences désastreuses que l'on peut entrevoir, certaines études rapportent 25 à 60 % de sujets présentant un burnout chez les soignants. Si la reconnaissance en maladie professionnelle est difficile à établir et préjudiciable pour l'équilibre social, elle pourrait néanmoins diminuer un autre phénomène, le harcèlement au travail.

Avec le vieillissement de la population, l'augmentation de la dépendance et l'accroissement du nombre de personnes vivant en EHPAD, il faut davantage de soignants. On leur demande d'être plus performants, mieux formés, toujours dévoués. Ils deviennent aussi plus vulnérable, la prise en charge de leur état de santé est donc primordiale.

La prévention et la gestion du burnout devient alors un enjeu de santé publique.

ROLE DU MEDECIN COORDONNATEUR

Le résultat du questionnaire est sans appel, malgré la taille de l'échantillon assez faible, 100% des soignants pensent que le médecin coordonnateur a un rôle dans la prévention et la prise en charge du burnout en EHPAD. Ses 13 missions le font intervenir dans tous les domaines de la structure et dans chacun, il y a une place pour détecter ou prendre en charge le stress du soignant avant qu'il n'évolue vers un burnout.

Sa qualité de médecin lui permet de communiquer avec la direction avec un certain poids même si le directeur est son employeur. Il est également médecin devant le résident, il connaît son histoire médicale et son histoire de vie. Il est en rapport avec les familles et enfin, il doit être en rapport avec toute l'équipe soignante.

Sa fonction est donc multitâche et c'est par cette hétérogénéité professionnelle que 36 % des soignants le considère comme un maillon neutre, au sein d'une entreprise ou les rapports humains sont exacerbés par le simple fait que la finalité de cette structure est d'accompagner d'autres humains, dans les meilleures conditions, au terme de la vie.

1. Rapport avec la direction.

Dans ce rapport, il faut également inclure le cadre infirmier car les décisions se prennent généralement par le trio. La réussite de ces rapports repose essentiellement sur la confiance et l'estime mutuelle.

Le médecin coordonnateur doit donner son avis sur les admissions, c'est une de ses missions. Cet avis doit prendre en compte la charge de travail que va engendrer l'arrivée d'un nouveau résident en tenant compte des possibilités de ressources que peut fournir l'équipe soignante. C'est comme si on donnait une nouvelle tâche à l'équipage d'un navire : on ne lui imposera pas le même travail par calme plat, ou en pleine tempête. Il doit connaître la température de son équipe, et discuter avec le décideur.

Je pense qu'il peut également donner son avis sur le recrutement d'un soignant, le questionnaire évoque le besoin de travailler avec plus d'hommes, peut-être un moyen de « déshystériser » certains conflits au sein de l'équipe.

Dans ce rapport, il peut signaler l'apparition de prodrome de burnout et communiquer pour améliorer l'organisation du temps de travail, modifier ponctuellement la tâche d'un soignant, sans pour autant se substituer à la médecine du travail.

L'équipe soignante doit se sentir soutenue par leur direction et le médecin coordonnateur peut contribuer à ce soutien.

Le médecin coordonnateur est un maillon entre l'équipe soignante et sa hiérarchie.

2. Rapport avec les résidents.

La connaissance médicale du résident et de son histoire de vie est importante pour assurer une prise en charge correcte des pathologies et des troubles du comportement. La communication des informations médicales à l'équipe soignante permet d'améliorer la qualité des soins et de valoriser le travail.

Dans les situations complexes de prise en charge de la douleur ou la gestion d'une fin de vie difficile, la communication, l'écoute, l'explication de la démarche de soins est indispensable pour que le soignant soit impliqué et comprenne pourquoi on administre certains traitements et pourquoi pas d'autres.

Le médecin coordonnateur est avant tout médecin et doit assurer une meilleure santé au résident pour garder en bonne santé son soignant.

Il est un maillon entre le résident et le soignant.

3. Rapport avec les familles.

Les problèmes relationnels avec les familles de résident sont incriminés dans 33 % dans la genèse du stress dans cette étude. C'est un facteur très important et très anxiogène chez le soignant qui est souvent en première ligne et pas toujours armé pour faire face au conflit souvent considéré comme une profonde injustice. Les familles des résidents se sentent parfois coupable de ne pas prendre en charge directement leurs proches, ou de les avoir placés en institution. Cette culpabilité peut se transformer en agressivité et venir dévaloriser le travail du soignant.

Quand un conflit survient, l'aide-soignante est souvent seule. Si la réponse à l'agressivité d'une famille est elle-même agressive, la culpabilité arrive, puis le doute sur sa propre attitude, et sur la qualité de son travail. Il faut immédiatement communiquer sans honte, ni peur d'une réprimande.

Le médecin coordonnateur peut, enseigner des stratégies d'attitude aux soignants, mais surtout, rencontrer les familles pour désamorcer les conflits, défendre le soignant, afin de le revaloriser dans sa tâche.

IL est un maillon entre les familles et les soignants.

4. Rapport avec l'équipe.

Le résultat du questionnaire et ses « morceaux choisis » montre bien le besoin d'écoute, de communication, d'information, de respect et de valorisation.

Il est indispensable d'être disponible et accessible afin d'écouter, d'analyser, et de trouver une solution à un problème soulevé par un ou plusieurs membres de l'équipe. Le

temps de disponibilité est le plus précieux car quelques minutes d'écoute peuvent éviter des heures d'explications infructueuses pour désamorcer un conflit.

Le médecin coordonnateur doit organiser des réunions régulières, des groupes de parole, des réunions exceptionnelles sur un problème précis avec un résident ou sa famille.

Ce temps d'échange ne doit pas être chronophage mais fructueux, il ne doit pas être imposé mais désiré. On parle de « management participatif », chacun donne son avis et chaque poste doit être représenté, afin de favoriser l'émergence d'un projet commun.

Mettre en œuvre une politique de formation est une des missions du médecin coordonnateur, l'équipe en est très demandeuse et à juste titre. La connaissance et le savoir sont des atouts indispensables pour affronter une situation complexe. La gratification emmagasinée est une arme supplémentaire pour repousser l'épuisement émotionnelle, et réduire le manque d'accomplissement personnel.

C'est en valorisant le rôle de chacun et la parole de tous, que l'équipe améliore la qualité des soins et maintient l'équilibre psychique de ses membres. La convivialité, le respect, le sourire et une note d'humour rendent le travail plus agréable.

Le médecin coordonnateur est un maillon entre les différents membres de l'équipe soignante.

Le médecin coordonnateur, de par l'hétérogénéité de son rôle dans l'EHPAD, peut donc intervenir à différents niveaux. Pour pouvoir agir de façon efficace au problème du

burnout, il doit s'organiser et appliquer une démarche qualité en s'inspirant du cercle vertueux de DEMING.

Il doit prendre la température donc mesurer l'intensité du stress de l'équipe et de ses membres afin de planifier les actions à entreprendre, comme les entretiens, les réunions, la formation. Il doit mettre en œuvre ces actions, puis vérifier les effets du dispositif afin de l'améliorer en pratiquant le management participatif.

Il est un maillon entre les résidents, leurs familles, la direction, les collaborateurs libéraux, les différents membres de l'équipe soignantes, l'animation.

Cette position permet d'avoir du recul et une vision globale de la situation. L'exécution de ses missions lui permet d'entreprendre des projets avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins par le bien être des soignants.

Ce rôle de coach n'est pas clairement défini dans les 13 missions du médecin coordonnateur. Il travaille souvent à temps partiel et il est totalement débordé par une multitude d'obligations, imposées par des bureaucrates, qui certes sont destinées à améliorer les soins, mais totalement déconnectées de la réalité de terrain. Le temps étant précieux, il devrait être plus partagé avec les résidents, les soignants et moins avec les exigences administratives.

Il serait intéressant de comparer le temps passé par le médecin coordonnateur seul dans son bureau, et celui octroyé en rapports humains ou en soins.

La prise en charge du stress des soignants ne doit pas être une nouvelle mission du médecin coordonnateur mais fait clairement partie de son travail, et cela prend du temps, peut-être au détriment d'autres missions.

CONCLUSION

L'allongement de la durée de vie et les progrès de la médecine font que la population devient de plus en plus âgée et dépendante. La prise en charge de ces patients, présentant souvent des troubles du comportement, est devenue difficile au domicile. Le nombre de placements en institution ne cesse de croître.

L'hospice est devenu maison de retraite, puis EHPAD. L'amélioration du fonctionnement de ces structures d'accueil, en termes de qualité de soins et de condition de vie, demande une exigence particulière de la part des soignants qui y travaillent.

On leur demande toujours plus et mieux.

Cette exigence expose particulièrement le soignant à un stress pouvant évoluer vers un burnout s'il n'est pas pris en charge. Le stress est donc dangereux pour le soignant,

mais retentit considérablement sur le résident. Il peut conduire à la démission ou à la maltraitance.

Le burnout augmente également l'absentéisme avec un coût pour l'entreprise et pour la société. La prise en charge de ce stress devient un enjeu de santé publique.

Le médecin coordonnateur est un nouvel arrivant dans l'EHPAD, il a des fonctions multiples destinées à améliorer la qualité des soins. Le but de cette étude est de savoir s'il peut avoir un rôle dans la gestion du stress chez les soignants afin d'éviter le burnout.

Les résultats de ce travail montrent non seulement qu'il a un rôle essentiel, mais le place comme un maillon pouvant relier la direction, le résident, sa famille et l'équipe soignante. Cette position lui permet de faciliter la communication et de réguler les tensions dans cet univers où les relations humaines sont primordiales.

Le médecin coordonnateur doit favoriser l'écoute et la discussion, promouvoir la formation et l'information. Il doit protéger le soignant vulnérable et valoriser celui qui doute. Il doit apaiser les familles inquiètes ou agressives, et soulager le résident qui souffre. Son rôle est celui d'un médecin mais également d'un coach.

Le faible échantillonnage de la population étudiée et la subjectivité des réponses recueillies par une méthode déclarative ne permettent pas de valider cette conclusion.

Il serait intéressant de mesurer l'état de stress d'une équipe par le MBA dans une EHPAD sans médecin coordonnateur, puis effectuer une nouvelle mesure, dans cette même structure, quelque temps après l'arrivée d'un médecin coordonnateur ayant mis en place les mesures évoquées dans ce travail.

ANNEXE 1

Merci de répondre à ce questionnaire qui sera utile à une étude sur le rôle que peut avoir le médecin co dans la gestion du burnout pouvant survenir chez le personnel travaillant en ehpad.

Le burnout est en résumé une souffrance ressentie à cause de son travail pouvant conduire à une dépression. Ce questionnaire est anonyme, exprimez-vous librement.

1. Statut (direction, administratif, ide, aide-soignant, agent, cadre, animateur, psychologue...)

2. Age

3. Sexe

4. Ancienneté

5. Vie personnelle (seul, en couple...)

6. Avez-vous participé à une formation sur le burnout ou
stress au travail ?

7. Pensez-vous en avoir souffert même de façon minimale ?

8. Pour vous, quelles sont les raisons de ce mal être ,
exprimez-vous librement sur cette page (relation avec
les collègues ou la hiérarchie, problèmes personnels,
manque de considération de votre travail, manque de
communication, horaire , salaire, surcharge de travail,
problème relationnel avec les résidents ou leur famille,
peur de mal faire, peur du médecin...)

9. Selon vous, comment prévenir ou remédier au burnout
(groupe de parole, rotation des taches, salaire,
communication, temps de travail, formation...)

10. pensez-vous que le médecin co puisse avoir un rôle dans la prévention ou la prise en charge du burnout et comment ?
Qu'attendez-vous de lui ? (plus de communication, d'information sur la prise en charge des résidents, entretien individuel ou collectif ...)

ANNEXE 2

ECHELLE D'EVALUATION DE MESURE DU BURN-OUT (Maslach Burn-out Inventory)

Question 1/22

Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 2/22

Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 3/22

Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une nouvelle journée de travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 4/22

Je peux comprendre facilement ce que mes clients / patients / autres ressentent

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 5/22

Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 6/22

Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 7/22

Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes clients / patients / autres

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 8/22

Je sens que je craque à cause de mon travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 9/22

J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 10/22

Je suis devenu(e) plus sensible aux gens depuis que j'ai ce travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 11/22

Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 12/22

Je me sens plein(e) d'énergie

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 13/22

Je me sens frustré(e) par mon travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 14/22

Je sens que je travaille "trop dur" dans mon travail

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 15/22**Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes clients / patients / autres**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 1/22**Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 16/22**J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec les clients / patients / autres**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 17/22**Je me sens ragaillardé(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche des clients / patients / autres**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 18/22**J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 19/22**Je me sens au bout du rouleau**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 20/22**Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

Question 22/22**J'ai l'impression que les autres me rendent responsable de certains de leurs problèmes**

0 - Jamais 1 - Quelquefois par an 2 - Une fois par mois 3 - Quelquefois par mois
4 - Une fois par semaine 5 - Quelquefois par semaine 6 - Chaque jour

L'évaluation est terminée.

Vous pouvez additionner vos points et vous reporter au tableau d'évaluation ci-dessous, afin de connaître votre

niveau.

Résultats du questionnaire MBI

Le résultat n'est pas un score global mais un score exprimé en niveau BAS / MODERE / ELEVE pour chacune des trois dimensions. Reportez-vous au tableau suivant:

| Epuisement émotionnel (Questions N°1,2,3,6,8,13,14,16,20) | | Dépersonnalisation (Questions N° 5.10,11,15,22) | | Accomplissement personnel (Questions N° 4.7.9.12.17.18.19.21) | |
|--|---|---|---|---|---|
| Total < 17 | Degré de Burn-out BAS | Total < 5 | Degré de Burn-out BAS | Total > 40 | Degré de Burn-out BAS |
| 18 <Total<29 | Degré de Burn-out MODERE | 6<Total<11 | Degré de Burn-out MODERE | 34<Total<39 | Degré de Burn-out MODERE |
| Total > 30 | Degré de Burn-out ELEVE | Total > 12 | Degré de Burn-out ELEVE | Total < 33 | Degré de Burn-out ELEVE |

Un score élevé d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation ou un score bas d'accomplissement personnel suffit à définir un score élevé de Burn-out.

BIBLIOGRAPHIE

1. M ESTRYN-BEHAR. La souffrance au travail en gériatrie. Comprendre et agir. 2013
2. C.MASLAH, M LEITER, Burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel, Les arènes, 2011.
3. C. CHERNISS. Professional burnout in human service organizations.Praeger. 1980.
4. P. CURSOUX. Sd de burnout: un "vrai" facteur de risque cardiovasculaire. Presse Médicale.2012.
5. M. ESTRYN-BEHAR. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude press-next. Jan 2004.

6. B. COURTY. Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie : une approche centrée sur la personne. Psychol NeuroPsychiatr Vieillessement 2004.

7. E. PAILLARD, X.BORTEYROU. Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. NPG Neorol-Psychiatr-Gériatrie. 2014.

8. H. J. FREUENBERGER, Geraldine Richelson, Burnout: The High Cost of High Achievement.1980.