

Année 2015

n°

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

KANDELMAN Nadia
Née le 15 juin 1985 à Paris 12^{ème}

Présentée et soutenue publiquement le : mardi 31 mars 2015

**Facteurs de risque de burnout chez les soignants travaillant
en EHPAD**

Président de thèse : **Professeur RAYNAUD-SIMON Agathe**

Directeur de thèse : **Docteur MAZARS Thierry**

DES de médecine générale

Remerciements

Au Professeur Agathe Raynaud-Simon, pour avoir accepté de présider cette thèse et pour m'avoir transmis le gout de la prise en charge des personnes âgées.

Au Professeur Michel Nougairède qui me fait l'honneur de juger ce travail.

Au Docteur Julien Gelly, pour avoir accepté de juger ce travail, pour ses précieux conseils techniques et pour m'avoir appris une médecine rigoureuse et juste.

Au Docteur Thierry Mazars, pour sa pertinence et sa patience. Merci de m'avoir guidée et éclairée de vos lumières tout au long de ce travail.

Au réseau de santé Agékanonix qui a soutenu ce projet. Et à son équipe avec qui j'ai grand plaisir à travailler. Merci de m'apprendre chaque jour les bienfaits et la nécessité du travail pluridisciplinaire.

Aux différents EHPAD qui ont participé à cette étude. Merci aux directions de m'avoir accueilli et aux soignants de m'avoir consacré un peu de leur précieux temps.

A Béatrice Ducot et Georges pour leurs coups de pouce statistiques.
Merci aux relectrices attentives.

Aux différents médecins croisés pendant ma formation et qui ont marqué mon parcours professionnel : Dr Laurence Martineau, Dr Anna Bouchara, Dr Hélène Vincent, Dr Edouard Karoubi, Dr Carole Saya, Dr François Feyeux, Dr Laurence Girard, Dr Angèle Néouze, Dr Ravuth Ear, Dr François Angoulvant, Dr Aline Seif, Dr Martine Lalande (merci de m'avoir convaincue de développer le sujet de cette thèse).

Merci aussi à Joëlle, ma petite guide docteur et clejiste, un modèle qui me va bien.

A la chic équipe de la Place Santé et en particulier à Adèle, Maxime, Mathilde, Anne-Gaëlle et Laurence.

A mes parents, pour leur amour et soutien inconditionnel.

A Mikael, maintenant en D3 ou D4 ... Bientôt la thèse.

Au petit noyau : ma grand-mère, Patrick, Nathalie et Sarah.

Aux Marmar et à la famille Lévy-Dreyfus.

Aux amies de toujours : Carole, Jo, Pha-la, Rachida et Yona.

Aux corvolois : Mathilde, Zelda et tous les autres.

Aux wursts : Caro, Camille, Laure, Laetitia, Simon et Mag.

Aux potes, aux points RH, et à nos retrouvailles : Virginie, Salomé, Martin, JulieS, Hugo, Noémie, Mélanie, Alex, Jeanne, Laure, Dorothee, Virak et Chloé.

Aux jolies découvertes : Margot, Dina, Vlad (re-), Jess, Alex, Félix, Anne, Maria.

Et surtout à Antonin, pour tout le reste et pour l'essentiel.

Liste des abréviations

AMP : Aide médico-psychologique

AP : Accomplissement personnel

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

DP : Dépersonnalisation

EE : Epuisement émotionnel

EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe iso-ressources

GMP : GIR moyen pondéré

IDEC : infirmier coordonnateur

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

MBI : Maslach burnout inventory

OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies

PBL : Privé à but lucratif

PBNL : Privé à but non lucratif

PMP : PATHOS moyen pondéré

TMS : Troubles musculo-squelettiques

Table des matières

I Introduction	7
1. Contexte	7
1.1 Enjeu du stress au travail.....	7
1.2 EHPAD : évolutions et défis.....	8
1.2.1 Définition des EHPAD.....	8
1.2.2 Vieillesse de la population.....	9
1.2.3 Evolutions au sein des EHPAD.....	10
2. Le burnout ou « syndrome d'épuisement professionnel »	11
2.1 Définitions.....	11
2.2 Mécanismes conduisant au burnout.....	12
2.2.1 Causes liées à l'individu.....	12
2.2.2 Causes liées aux conditions de travail.....	14
2.3 Cas du burnout chez les soignants d'EHPAD.....	15
2.4 Conséquences du burnout.....	18
2.4.1 Conséquences pour le soignant.....	18
2.4.2 Conséquences sur les soins.....	20
2.4.3 Risque de maltraitance.....	21
2.4.4 Conséquences sociales.....	22
3. La place du médecin généraliste dans cette problématique	23
4. Objectifs de l'étude	23
II Matériel et méthodes	24
1. Schéma d'étude et population	24
1.1 Type d'étude.....	24
1.2 Population d'étude.....	24
1.3 Critères d'inclusion.....	24
2. Evaluation du burnout : Le Maslach Burnout Inventory (MBI)	24
2.1 Description.....	24
2.2 Justification.....	25
2.3 Interprétation.....	25
3. Recherche de facteurs prédictifs de burnout	26
4. Recueil de données	29
4.1 Elaboration du questionnaire.....	29
4.2 Mode de distribution des questionnaires.....	30
5. Analyse des données	31
III Résultats	33
1. Nombre de participants	33
2. Description de la population	35
3. Burnout des soignants	42
4. Facteurs prédictifs de burnout	43
5. Comparaison des soignants en fonction du type d'EHPAD	45
IV Discussion	47
1. Limites de l'étude	47
1.1 Population de l'étude.....	47
1.2 Biais liés à la méthode de distribution du questionnaire.....	48
1.3 Critiques du questionnaire.....	50
2. Burnout des soignants	50
3. Facteurs prédictifs de burnout	51

3.1	Antécédent de violences / agression subies au travail.....	51
3.1.1	<i>Définition des violences au travail.....</i>	51
3.1.2	<i>Prévalence des violences au travail.....</i>	52
3.1.3	<i>Causes des violences au travail.....</i>	52
3.1.4	<i>Conséquences des violences au travail.....</i>	53
3.2	Pratique de loisirs.....	53
3.3	Profession infirmier.....	54
3.4	EHPAD privé à but lucratif.....	55
3.5	Existence de protocoles d'annonce de décès et d'évaluation de la douleur.....	56
4.	Facteurs non associés au burnout dans l'étude.....	57
4.1	Age.....	57
4.2	Sexe féminin.....	57
4.3	Statut marital.....	58
4.4	Ancienneté dans la profession.....	58
4.5	Horaires de travail.....	59
4.6	Temps de travail par jour.....	59
4.7	Nombre de résidents à charge, de repas et de changes quotidiens.....	60
4.8	Nombre de lits par soignant.....	61
4.9	Temps de contact quotidien avec les résidents.....	61
4.10	GMP.....	62
4.11	Nombre de décès par an dans l'EHPAD.....	62
4.12	Temps de transmission entre deux équipes.....	63
4.13	Formations.....	63
4.14	Nombre mensuel de réunions d'équipe.....	64
4.15	Groupes de parole.....	64
4.16	Présence d'un psychologue au sein de l'EHPAD.....	65
4.17	Consommation de tabac et d'alcool.....	65
4.18	Consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques.....	66
4.19	Arrêts maladie.....	67
4.20	Autres facteurs non liés au burnout.....	67
5.	Perspectives concernant le stress au travail.....	68
5.1	Avancées sur le plan législatif.....	68
5.2	Moyens de prévention du burnout.....	70
5.2.1	<i>Mesures de prévention individuelles et de prise en charge.....</i>	<i>70</i>
5.2.2	<i>Améliorer la communication entre instances dirigeantes et équipes...71</i>	<i>71</i>
5.2.3	<i>Favoriser le travail d'équipe.....</i>	<i>71</i>
5.2.4	<i>Changer les conditions de travail au sein des établissements.....</i>	<i>73</i>

V Conclusion.....	75
--------------------------	-----------

VI Annexes.....	77
------------------------	-----------

1. Fonctionnement des EHPAD.....	77
2. Questionnaire distribué aux soignants.....	79
3. Questionnaire distribué à la direction de l'EHPAD.....	81
4. Interprétation du MBI.....	82
5. Affiche de sensibilisation à l'étude.....	83

VII Bibliographie.....	84
-------------------------------	-----------

Résumé en anglais.....	90
-------------------------------	-----------

Liste des tableaux et figures

Tableau 1. Les différents symptômes de burnout.....	20
Tableau 2. Taux de participation des différents EHPAD.....	33
Tableau 3. Caractéristiques démographiques des 124 soignants.....	35
Tableau 4. Horaires et charge de travail des 124 soignants.....	37
Tableau 5. Organisation de l'EHPAD.....	39
Tableau 6. Etat de santé des 124 soignants.....	41
Tableau 7. Résultats du score de burnout (MBI) parmi les 124 soignants.....	42
Tableau 8. Analyse univariée.....	43
Tableau 9. Analyse multivariée.....	44
Tableau 10. Caractéristiques des soignants en fonction du type d'EHPAD.....	45
Figure 1. Projection du vieillissement de la population française.....	9
Figure 2. Taux de participation des différents EHPAD.....	33
Figure 3. Organigramme distribution et analyse des questionnaires.....	34
Figure 4. Répartition des soignants par profession.....	36
Figure 5. Répartition des soignants par types d'EHPAD.....	40

I Introduction

1. Contexte

1.1 Enjeu du stress au travail

Le stress peut être défini comme l'ensemble des réponses non spécifiques provoquées par un agent agressif, quel qu'il soit. L'Agence Européenne pour la Sécurité et la Santé au travail a défini en 2002 que le stress au travail survient « lorsqu'il y a déséquilibre entre la perception qu'une personne a des contraintes que lui impose son environnement et la perception qu'elle a de ses propres ressources pour y faire face » (1).

La problématique de la souffrance au travail est un sujet d'actualité. En 2012, la Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail rapporte que 20% des travailleurs européens font état d'un mal être psychologique au travail. Dans cette enquête, un quart des travailleurs européens pense que leur travail affecte leur santé de manière négative (2).

Les conditions de travail des salariés ont une influence directe sur leur état de santé. L'insécurité de l'emploi, l'absence de perspective, un volume horaire de travail important, un déséquilibre entre vie professionnelle et vie familiale sont liés à davantage de déclarations de problèmes de santé chez les travailleurs européens. Les professionnels du champ sanitaire sont particulièrement exposés à ces types de stress et à leurs répercussions sur la santé (2).

De plus, le stress au travail entraîne d'importantes dépenses. Le coût annuel a minima du stress au travail a été estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros en 2007 en France. Ces dépenses sont la conséquence du coût des soins, de la perte de richesse pour cause d'absentéisme, de cessations d'activités et de décès prématurés (1). L'absentéisme au travail à lui seul pourrait coûter 20 milliards d'euros par an pour l'Union européenne ; et 50 à 60 % de l'absentéisme est lié directement ou indirectement au stress professionnel (3). Les risques psychosociaux (stress au travail, harcèlement moral, violences subies, burnout...) seraient à l'origine de 10 %

des dépenses de la branche Accident de Travail / Maladies Professionnelles de la Sécurité sociale.

La prévention et la prise en charge du stress professionnel deviennent donc des enjeux centraux de santé publique (4). Ces dernières années, de nombreuses discussions ont eu lieu sur le sujet aboutissant à la signature de différents accords et textes de lois (5), détaillés au paragraphe IV 5.1).

1.2 EHPAD : évolutions et défis

1.2.1 Définition des EHPAD

Pour faire face au vieillissement de la population, le nombre d'EHPAD est en constante augmentation (détail du fonctionnement des EHPAD en annexe 1).

L'hébergement des personnes âgées en établissement repose sur trois types de structures : les logements-foyers, les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée.

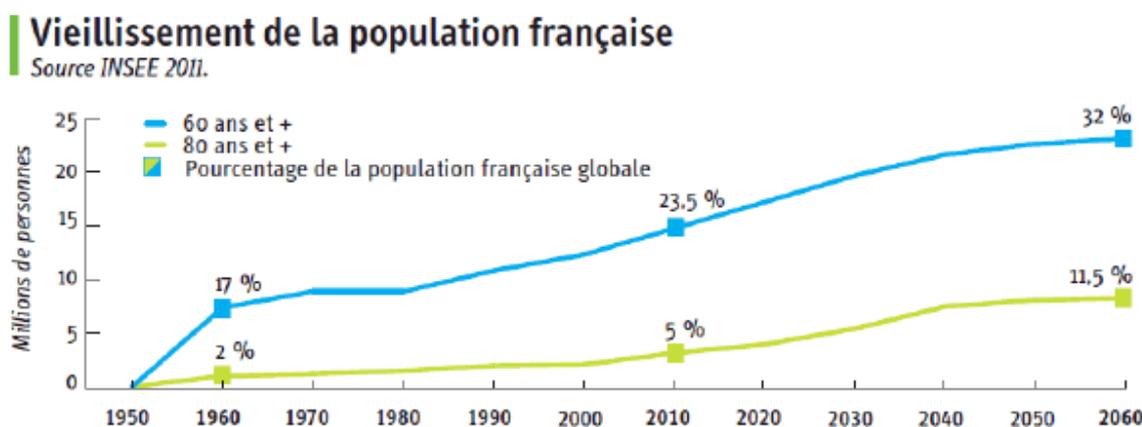
Depuis 1999, la signature d'une convention tripartite établit un lien entre ses trois signataires (établissement, Conseil Général et Agence Régionale de Santé - ARS) : l'établissement reçoit des financements de ses deux partenaires et s'engage à une démarche qualité en retour (6).

Ces établissements qui demeurent des logements-foyers, des maisons de retraite ou des unités de soins de longue durée sont appelés Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (ou EHPAD). Les établissements qui n'ont pas signé de convention tripartite sont appelés Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées (ou EHPA) (7). La quasi-totalité des maisons de retraite ont signé la convention tripartite et sont devenues des EHPAD (8).

1.2.2 Vieillesse de la population

Les dernières projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) prévoient qu'en 2060, un habitant sur trois sera âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005 (cf. figure 1). La courbe de l'espérance de vie en bonne santé ayant cessé de croître, il faudra prévoir de prendre en charge des seniors dépendants. Le nombre de bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou APA (qui reflète globalement le nombre de personnes dépendantes) va d'ailleurs considérablement augmenter dans les prochaines années. La génération du « baby boom » atteignant l'âge de la dépendance, le nombre de bénéficiaires de l'APA doublerait quasiment d'ici 2060 (2,3 millions de bénéficiaires prévus contre 1,2 millions en 2012) (9). Le total des financements publics consacrés aux personnes âgées en perte d'autonomie représentait 24 milliards d'euros soit 1,3 % du produit intérieur brut français en 2010. Le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement présenté en juillet 2014 tend à anticiper les conséquences du vieillissement de la population sur la vie sociale et les politiques publiques (9).

Figure 1. Projection du vieillissement de la population française



1.2.3 Evolutions au sein des EHPAD

Fin 2011, les EHPAD proposaient près de 576 000 places en hébergement permanent en France, ce qui est en légère augmentation (+ 5 % depuis 2007). Ceci correspond à une offre de 101 places pour 1000 habitants âgés de 75 ans ou plus.

La proportion de résidents dépendants en établissement ne cesse d'augmenter. Selon une enquête de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la proportion de personnes âgées dépendantes en établissements (résidents classés en Groupe Iso-Ressources ou GIR 1 à 4) est en hausse entre 2007 et 2011 (84 à 89 %). La part des résidents très dépendants (classés en GIR 1 et 2) a atteint 55 % fin 2011 (51 % fin 2007) (8). Le PMP (PATHOS Moyen Pondéré), qui reflète la gravité moyenne des pathologies des résidents (cf. annexe 1) est aussi en constante augmentation ces trois dernières années (10). Pour pallier à cette augmentation du niveau de dépendance, le taux d'encadrement des EHPAD (rapport du nombre d'équivalent temps plein sur le nombre de lits occupés) est renforcé (8). Le Plan solidarité grand âge 2007-2012 prévoyait d'ailleurs notamment l'augmentation du nombre de personnels soignants dans l'objectif d'atteindre un ratio d'un professionnel par résident dans les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes (11).

Le nombre de personnes vivant en EHPAD étant en constante augmentation, la question de l'état de santé des soignants y travaillant et des conséquences potentielles du stress au travail est donc primordiale.

2. Le burnout ou « syndrome d'épuisement professionnel »

2.1 Définitions

Le syndrome d'épuisement professionnel ou « burnout » peut se définir comme une expérience psychique négative vécue par un individu, qui est liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens (12). Le concept de burnout a été décrit pour la première fois par le psychanalyste Freudenberger en 1974 (13), initialement pour les professions impliquant un engagement relationnel : professions médicales puis travailleurs sociaux, enseignants, avocats...

Le mot burnout qui vient de l'anglais « to burn out » (brûler) évoque la métaphore d'une bougie qui se consume. L'individu en burnout se dit « vidé de son énergie », rappelant une métaphore similaire, celle d'une batterie déchargée (13). L'individu en burnout, vidé sur le plan émotionnel, ne se sent plus capable de fournir une attention à ses patients (ou clients) et d'interagir avec eux (14).

Le concept est classiquement décrit comme un phénomène en 3 dimensions :

- **L'épuisement émotionnel (EE)** : cette dimension évoque le sentiment de vide intérieur, de manque d'énergie, le sentiment que les ressources émotionnelles sont épuisées (14).
- **La dépersonnalisation (DP)** : pour faire face à ce manque de ressources, une stratégie d'adaptation consiste à développer des attitudes détachées, impersonnelles, une distance relationnelle se traduisant par un langage scientifique, le soignant commence à considérer le patient comme un objet, comme un numéro de chambre. Cela peut aller jusqu'au cynisme. Comme on le verra plus bas, cette déshumanisation peut être à l'origine de maltraitance (15).
- **Le manque d'accomplissement personnel (AP)** : c'est le sentiment d'échec, de ne pas être efficace ou compétent, de ne pas faire correctement son métier associé à une dévalorisation de soi et une perte du sens des missions de soignants ce qui entraîne un sentiment de culpabilité (15).

Burnout et dépression :

Il faut différencier les concepts de burnout et de dépression. Selon Brulhman, la distinction tient du fait que les patients souffrant de burnout sont en mesure d'imaginer des activités possibles alors que les patients dépressifs, non. Il considère que la question « Que feriez-vous si vous n'étiez pas aussi épuisé ? » est cruciale pour permettre cette distinction (16). Il existe cependant un continuum entre burnout et dépression. La plupart des formes cliniques de burnout n'aboutissent pas à une dépression, mais parfois, le processus de burnout s'aggrave progressivement jusqu'à ce que la dynamique propre à la dépression s'impose (16). Le burnout se généralise alors aux autres domaines de la vie et est, en ce sens, un facteur prédictif de dépression. A l'inverse, un terrain dépressif personnel ou familial serait un facteur prédictif de burnout. Une étude néerlandaise portant sur 3385 employés montre que les sujets déprimés ou aux antécédents familiaux / personnels de dépression sont plus enclins à développer un burnout (17).

2.2 Mécanismes conduisant au burnout

2.2.1 Causes liées à l'individu

- La **désillusion** qui se produit en cas de déséquilibre entre les attentes initiales du métier de soignant et la réalité de terrain est un facteur important dans la genèse de l'épuisement (15,18,19). Pour A. Pines, il s'agit de la raison principale qui mène les individus au burnout. Les personnes ont besoin de croire que leurs vies sont significatives et que les choses qu'elles font sont utiles et importantes (20). Or, les facteurs de stress tels que la charge de travail, les contraintes administratives privent les individus de la signification qu'ils recherchent dans le travail car leurs compétences ne peuvent plus être utilisées (21). Le travail perd de son sens, de son utilité, ce qui pourrait favoriser l'apparition du burnout.

- Le **choix d'un métier dans lequel la relation d'aide est centrale**. Etre en position d'« aidant » voire de « sauveteur » peut paradoxalement favoriser le burnout. Barbier décrit les motivations inconscientes de ce choix : besoin de se sentir indispensable à quelqu'un, besoin de se faire reconnaître, volonté d'emprise et de contrôle sur autrui (19). Là encore, les soignants peuvent être déçus par la réalité de terrain qu'ils découvrent.
- Le **manque de reconnaissance** envers les soignants participe également à leur souffrance. Les efforts fournis au quotidien (charge de travail croissante, investissement, pénibilité du travail...) ne sont pas compensés par la valorisation du travail qui devrait leur être apportée par les patients, les familles et leurs supérieurs (estime, salaire adéquat, perspective de promotion...) (15,19,22). Les réprimandes auxquelles ils sont parfois exposés (agressivité de la part de leur hiérarchie ou de la part des familles alimentent ce manque de reconnaissance (19).
- **Les stratégies de coping** : devant des situations de stress auxquelles les soignants sont soumis, on observe plusieurs types de réactions ou « stratégies de coping ». Certains auteurs ont mis en lien le risque d'apparition d'un burnout et les différentes réactions qu'un individu peut adopter face à un stress. Par exemple, un soignant qui utiliserait l'évitement comme moyen de réaction, risquerait davantage de développer un burnout. A l'inverse, un soignant faisant preuve de « hardiness » (appétence pour le challenge, stimulation, personnalité combative) serait plutôt protégé du burnout (12). Plusieurs études ont montré que certains **traits de personnalité** pouvaient avoir une influence sur la sensibilité au burnout. Par exemple, le fait d'être sociable, altruiste, tourné vers l'autre protégerait du burnout (en particulier de la dimension EE) (23). De même, la valeur « développement personnel » protège du burnout (de la dimension DP cette fois ci). Il s'agit de la

promotion des intérêts personnels et d'avoir pour objectifs de réussite un rang plus élevé dans le domaine social (23). Cependant, pour C. Maslach et A. Pines, aucun type de personnalité ne prédispose au burnout. L'influence de l'environnement et la capacité d'adaptation du sujet au stress seraient les principaux facteurs de risque (3).

2.2.2 Causes liées aux conditions de travail

- Une **charge de travail** importante est un facteur de risque de burnout reconnu (24,25), que ce soit en termes de soins requis par les patients (patients dépendants, incontinents, ayant des déficits cognitifs (12)), ou en termes de nombre de patients à charge (26–28). Le sentiment de ne pas pouvoir accomplir toutes les tâches assignées dans un temps donné (ou incohérence) est également générateur de stress (15). Le fait de ne pas répondre aux demandes des patients par manque de temps provoque aussi un sentiment de frustration chez les soignants (29).
- Le « **job strain** » : le stress au travail survient, selon le modèle de Karasek, lorsqu'il y a déséquilibre entre les exigences de travail et la marge de manœuvre qu'a la personne pour y faire face (30). Les réserves intérieures s'épuisent petit à petit et les sollicitations du monde du travail deviennent difficiles à assurer (13). La tension psychologique générée par ce déséquilibre est appelée « job strain ». Plus les contraintes sont grandes et plus le degré d'autonomie est faible, plus il existe un risque de tensions liées au travail (2).
- Dans un établissement, comme dans un service hospitalier, **la vie d'équipe et certaines stratégies de management** ont une influence sur l'état de santé mentale des soignants : l'absence d'espaces de parole, la réduction des temps de transmission entre équipes, le manque de participation des soignants aux prises de

décision et les relations conflictuelles entre collègues sont des facteurs de risque de burnout (15,31,32). Selon certains auteurs, le **manque de soutien social** ou l'insuffisance de travail d'équipe sont les facteurs ayant le plus d'influence sur l'intention d'abandonner la profession (33,34). Dans une étude européenne portant sur près de 40 000 soignants, le travail en équipe considéré « insuffisant » par les soignants multipliait par 6 l'intention d'abandonner son emploi (29). Parmi les soignants, ceux travaillant en gériatrie sont parmi les plus insatisfaits du soutien psychologique reçu au travail (29).

2.3 Cas du burnout chez les soignants d'EHPAD

La **prévalence** du burnout est élevée chez les soignants d'EHPAD, de 23 à 50 % selon les études (27,29,35). La volonté de changer d'établissement ou de profession serait aussi plus fréquente en EHPAD (36).

- La **charge émotionnelle** des soignants d'EHPAD peut être intense étant donné les décès fréquents dans ce type de structure. La confrontation à la mort et la souffrance est vectrice de stress et de souffrance psychique, d'autant que les soignants développent une certaine proximité avec les résidents, du fait de séjours prolongés. 79% des salariés d'EHPAD déclarent s'attacher souvent ou très souvent aux résidents dans une étude portant sur 2889 salariés (37). Les soignants peuvent aussi s'identifier aux résidents (15), ce qui les renvoie à leur propre mort ou souffrance (24,38).
- Les **pathologies des résidents sont lourdes** en EHPAD : en 2013, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) rapporte que 55% des résidents d'EHPAD ont une démence, 48 % ont des troubles du comportement et 38% ont un syndrome dépressif (10). D'autres types de stress spécifiques à la gériatrie ont

été identifiés comme la prise en charge de patients incontinents ou non communicants (12). Le ressenti des soignants sur les caractéristiques des résidents qu'ils prennent en charge est également significatif. Sur 228 soignants d'EHPAD, 86% se disent confrontés à la maladie ou la souffrance humaine, 80% déclarent être confrontés à des maladies pénibles et 67% à des malades agressifs. Ces chiffres sont toujours plus élevés que ceux des soignants travaillant dans d'autres services (36). La dépendance des résidents entraîne une **pénibilité physique importante** pour les soignants, notamment liée à la manutention (12,29,36). Leurs soins sont directement affectés par le niveau de dépendance des résidents. L'étude PRESST portant sur plus de 5000 soignants français met en évidence que les soignants d'EHPAD réalisent beaucoup de **soins directs** : ils sont 2 fois plus nombreux que les autres soignants à laver, habiller et nourrir les patients plus de dix fois par jour (36).

- **L'éclatement et la mécanisation des tâches** soignantes participent à la pénibilité physique. Une étude d'observation de l'ergonomie des postes de travail en EHPAD rapporte que les aides-soignants changent d'activité en moyenne 206 fois au cours d'une journée (soit toutes les 2 minutes). La parcellisation du travail, désorganisée par une coordination écourtée et des interruptions multipliées, réduit le temps continu auprès des résidents et ne permet pas le développement des soins relationnels. Il est impossible de prendre le temps d'attendre la participation ou même l'assentiment du résident. Le temps de séjour bref dans les chambres conditionné par la prise en charge d'un grand nombre de résidents dans un temps réduit, nécessite des gestes rapides et des échanges stéréotypés (29). Ceci donne l'impression aux soignants d'effectuer "un travail à la chaîne" qui déshumanise le malade (36). Les soignants d'EHPAD déclarent aussi avoir peu de temps pour parler aux patients, comparativement aux autres soignants. Pourtant, une toilette

chez un résident dément est, par exemple, mieux acceptée et donc plus facile à réaliser lorsqu'elle est expliquée et effectuée progressivement. Le turnover important chez ces soignants explique aussi que les liens de confiance établis progressivement soient malmenés.

- **La dévalorisation de la profession** est aussi source de souffrance. Les soignants exerçant en gériatrie se disent victimes de discrimination et ne se sentent pas reconnus dans leur fonction de soignants (38). Les maisons de retraite sont perçues comme des mouiroirs par les patients, les familles et les professionnels. Le travail des soignants en gériatrie implique souvent des tâches ingrates dont les résultats sont rarement spectaculaires et difficilement appréciables par le soignant (38). Le manque de reconnaissance pèse particulièrement sur ces soignants faiblement qualifiés qui ont des salaires bas, manquent d'autonomie (23,25) et bénéficient de moins de formations continues que les autres (36).
- **Le lien avec les familles est complexe** et peut donner au soignant la sensation d'évoluer dans un environnement hostile. Les familles des résidents vivant en EHPAD sont parfois culpabilisées de ne pas prendre en charge directement leur proche et de le placer en institution. Le placement a parfois été décidé contre la volonté de leur proche. L'entourage peut être exigeant avec les soignants, voire vindicatif ou agressif (28). Or les soignants sont en interaction permanente avec ces proches en souffrance (23). Le soutien hiérarchique est alors essentiel, notamment en cas de conflit.

En conclusion, les conditions de travail pénibles pour les soignants d'EHPAD sont sources de souffrance et d'un risque accru d'épuisement professionnel.

2.4 Conséquences du burnout

Le burnout des soignants a des conséquences sur leur santé mentale et physique, sur la qualité des soins avec un risque de maltraitance et des conséquences sur le plan socio-économique.

2.4.1 Conséquences pour le soignant (cf. tableau 1)

- **Conséquences psychologiques** : les mécanismes d'évitement dans le cadre du burnout peuvent avoir des conséquences sur la vie familiale et la vie relationnelle. Le sujet en burnout est irritable, il peut avoir une labilité émotionnelle ou une intolérance à la frustration (19). De nombreux symptômes non spécifiques peuvent faire évoquer un burnout (cf. tableau 1). L'épuisement professionnel peut aussi aboutir à un syndrome dépressif (17,38). Une étude de l'Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) réalisée à partir des données de la Cinquième enquête européenne sur les conditions de travail a mis en lien stress au travail et apparition de syndromes dépressifs (risque relatif = 1,82) (2). Certains cas de suicides dans le cadre de situations de stress au travail ont même été décrits, notamment au Japon (syndrome de Karo jisatsu) (3).
- **Conséquences somatiques** : de nombreuses études montrent que les soignants en burnout ont des troubles somatiques associés :
 - **Troubles musculo-squelettiques (TMS)**. D'une manière générale, les TMS sont très fréquents chez les soignants. Plus de la moitié d'entre eux déclarent en souffrir : 56% selon Estryn Behar dans l'enquête PRESST (39). On sait que les TMS sont plus fréquents en cas de stress au travail. Le « job strain » est un facteur prédictif de TMS (risque relatif = 1,55 pour les membres supérieurs et risque relatif = 1,75 pour les lombalgies) (1).

- **Troubles psychosomatiques** : céphalées, lombalgies, cervicalgies, fatigue, troubles du sommeil, troubles digestifs...(24).
- **Addictions** : surconsommation de tabac, d'alcool et de psychotropes à visée anxiolytique (15,19,40).
- **Risque cardiovasculaire** via un mécanisme direct ou indirect. Le mécanisme direct est dû au déséquilibre de la balance sympathique / parasympathique (le stress active la composante sympathique du système nerveux autonome et diminue le rebond vagal post-stress. Par conséquent, le stress augmente la sécrétion de noradrénaline, la pression artérielle, le taux de cholestérol et le taux de fibrinogène. Cela augmente la probabilité de survenue d'événements cardiovasculaires aigus. A contrario, l'entraînement à la gestion des émotions augmente le tonus vagal, « cardioprotecteur ») (3). Le mécanisme indirect est lié à la consommation de tabac en cas de stress (40).

Plusieurs études confirment qu'il existe un lien entre stress au travail et facteurs de risque cardio-vasculaire. Une étude britannique révèle qu'un stress chronique engendré par trois à quatre heures supplémentaires de travail quotidien, soit 11 à 12 heures d'activité professionnelle journalière, est associé de façon significative à un risque relatif de 1,6 de survenue de maladies coronaires en comparaison avec les employés n'en effectuant pas (3). Un lien entre « job strain » et survenue de diabète type 2 a également été retrouvé sur une cohorte de 124 808 patients suivis pendant 10 ans (Hazard ratio 1,15) (41). On pourrait donc considérer que le stress au travail est un facteur de risque cardiovasculaire à part entière.

Pour résumer, on trouvera ci-dessous un tableau récapitulatif des symptômes que l'on peut observer chez une personne en burnout (13).

Tableau 1. Les différents symptômes de burnout

affectifs	cognitifs	physiques	comportementaux	motivationnels
humeur dépressive	sentiment d'échec	céphalées	hyperactivité	désillusionnement
pleurs	sentiment d'impuissance	nausées	impulsivité	résignation
labilité émotionnelle	peur de devenir fou	dyspnée	procrastination	déception
tension	sentiment d'impotence	fatigue	consommation de toxiques	ennui
anxiété	faible estime de soi	troubles du sommeil	comportements à risque	démoralisation
idées suicidaires	sentiment de culpabilité	perte d'appétit	diminution des activités de loisir	
	difficultés de concentration	prise / perte de poids		
	troubles mnésiques	troubles sexuels		
	difficultés à accomplir des tâches simples	TMS		

2.4.2 Conséquences sur les soins

Le burnout des soignants aurait pour conséquence une **baisse de la qualité des soins**. Dans une étude portant sur 115 internes de médecine, les internes en burnout déclarent fournir des soins sous-optimaux en comparaison des internes qui ne sont pas en burnout (42). Cette diminution de qualité des soins est aussi ressentie par le patient. Une étude américaine portant sur 820 infirmiers et 621 patients révèle que le burnout des infirmières influe sur le niveau de satisfaction des patients concernant la qualité des soins (43).

Les conditions de travail des soignants influent également sur **la mortalité des patients**. Une étude portant sur plus de 26 000 infirmiers européens parue en 2014 montre une augmentation de la mortalité des patients si la charge de travail des infirmiers est plus importante (+ 7% de mortalité pour chaque patient supplémentaire par infirmier) (26).

2.4.3 Risque de maltraitance

Le burnout est un facteur de risque de négligence, voire de maltraitance envers les patients (44,45). La maltraitance a été définie par le conseil de l'Europe en 1990 comme « tout acte ou omission commis par une personne ou un groupe, portant atteinte à la vie, à l'intégrité corporelle ou psychique, ou à la liberté d'une autre personne ou compromettant gravement le développement de sa personnalité et/ou nuisant à sa sécurité financière ». La maltraitance « ordinaire » est celle du quotidien, banalisée. Elle vise souvent l'atteinte aux droits (respect de la dignité, intimité, confidentialité). Quelques exemples de situations de maltraitance ordinaire : ne pas prendre en compte la douleur, installer un patient dans une situation d'incontinence plutôt que de l'emmener aux toilettes, entrer dans une chambre sans frapper, parler sur un ton inadapté à un résident, le tutoyer, le désigner par « on » ou par des expressions qui le dépersonnalisent, ne pas répondre à une sonnette, voire éloigner sciemment une sonnette d'une personne dépendante pour qu'elle ne puisse pas l'attraper, ne pas délivrer d'information... (46). Plus le niveau de dépendance des patients est important, plus le risque de maltraitance est élevé, faisant des EHPAD un lieu à haut risque de maltraitance. Selon une revue de la littérature canadienne publiée en 2012 reprenant 69 études sur la maltraitance en institution, plus de 70 % du personnel rapporte avoir eu un comportement négligent ou d'abus envers les résidents au cours de l'année passée (47).

Des travaux sont en cours pour tenter de maîtriser ce phénomène. L'Organisation Mondiale de la Santé s'est mobilisée dans la prévention de la maltraitance, lançant des programmes de recherche pour mettre au point des outils de dépistage (48,49). En France, la Haute Autorité de Santé a commandité un rapport en 2009 sur la maltraitance « ordinaire » en établissement de santé pour tenter de mieux cerner ce sujet (46). Le programme Mobiquil est un exemple d'outil de lutte contre la maltraitance en établissement. Il a été initié dans le cadre du plan douleur 2006-2010 et diffusé dans les EHPAD. Il s'agit d'outils de formation destinés aux soignants sur le thème de la bientraitance (50).

Les comportements maltraitants des soignants sont statistiquement corrélés à l'élévation des scores d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation (51). Les soignants épuisés adoptent des comportements « économiques » sur le plan psychologique. Cela peut conduire à des oublis, des paroles ou des actes déplacés justifiés par la rapidité d'exécution des soins. Le patient est dépersonnalisé, infantilisé (52). Dans le cadre d'échanges stéréotypés avec le patient, les soignants peuvent ne pas rechercher la participation ou l'accord du résident pour les soins (29). Pour Daloz, la dépersonnalisation peut être considérée comme un signe d'appel de maltraitance. En effet, la dépersonnalisation correspond à une dégradation de la relation avec les patients. La prise de distance dans la relation soignant / soigné, l'adoption de comportements détachés, d'attitudes cyniques et la diminution de la capacité d'empathie empêchent les soignants d'effectuer des tâches exigeantes, d'endurer une charge de travail importante (45). Le dépistage et la prise en charge du burnout pourraient donc permettre de diminuer les comportements maltraitants (51).

2.4.4 Conséquences sociales

Le burnout augmente l'intention de quitter son poste, ce qui est à l'origine d'un turnover important (29,31,34) et d'une augmentation du nombre d'arrêts de travail (53). Une étude danoise portant sur 824 salariés montre que la présence de burnout est corrélée à une augmentation du nombre de périodes d'arrêt maladie et de leurs durées (54). Une étude européenne de grande ampleur montre que 25% des travailleurs européens exerçant dans le domaine de la santé se sont arrêtés au moins 1 fois dans l'année écoulée (2). Même en occupant son poste, un soignant souffrant de burnout est moins efficace et donc moins productif en termes économiques (55). Cet absentéisme a un coût pour les entreprises et pour la société comme nous l'avons vu au paragraphe 1.1.

3. La place du médecin généraliste dans cette problématique

L'épuisement professionnel des soignants travaillant en EHPAD est donc un problème majeur de santé publique. Le médecin généraliste est au cœur de ces préoccupations, soit lorsqu'il prend en charge des patients qui travaillent en EHPAD qui sont en situation de souffrance au travail, soit en tant que médecin coordonnateur d'EHPAD qui doit œuvrer pour l'organisation du travail, soit en tant que médecin des résidents, interagissant avec l'équipe soignante pour la prise en charge de ses patients. Dans toutes ces fonctions, il est essentiel d'avoir connaissance de ce phénomène, de savoir le repérer et de participer à sa prévention.

4. Objectifs de l'étude

- **Justification :**

La littérature de l'épuisement professionnel est fournie, mais peu d'études s'intéressent aux facteurs de risque de burnout chez les soignants d'EHPAD spécifiquement et à leur degré d'association au burnout. L'objectif de ce travail est d'identifier ces facteurs de risque pour mieux prévenir le burnout.

- **Hypothèse :**

La survenue d'un burnout est déterminée par un certain nombre de facteurs : l'âge, le sexe, la profession des soignants, l'ancienneté dans la profession, les horaires et la charge de travail, l'existence de protocoles dans l'EHPAD, l'existence de groupes de parole... (cf. paragraphe II 3.).

- **Objectifs :**

Les objectifs de l'étude sont :

- Mesurer le burnout des soignants d'EHPAD.
- Déterminer les facteurs prédictifs de burnout en EHPAD.
- Evaluer la corrélation de ces facteurs avec le burnout mesuré.

- **Question :**

Quel est le degré d'association du burnout aux facteurs prédictifs identifiés en EHPAD ?

II Matériel et méthodes

1. Schéma d'étude et population

1.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle et transversale.

1.2 Population d'étude

L'étude porte sur l'ensemble des EHPAD du territoire du réseau de santé Agékanonix, soit Villeneuve-la-Garenne, Gennevilliers, Clichy-La-Garenne et Colombes. Ce territoire compte 16 EHPAD. Deux établissements ont refusé de participer à l'enquête l'un invoquant un manque de temps, l'autre étant en cours de remaniement (fusion prochaine de deux établissements). L'étude est donc menée dans 14 EHPAD. 9 sont des établissements privés à but lucratif (PBL), 2 sont des établissements privés à but non lucratif (PBNL), 2 sont des établissements publics.

1.3 Critères d'inclusion

Tous soignants (infirmier, aide-soignant, Aide Médico-Psychologique (AMP) et auxiliaire de vie) travaillant de jour et/ou de nuit dans ces EHPAD.

2. Evaluation du burnout : Le Maslach Burnout Inventory (MBI)

2.1 Description

Pour définir l'épuisement professionnel, nous utilisons le MBI, traduit en langue française par Dion et Tessier (56). Ce test est un auto-questionnaire composé de 22 items. Les items se présentent sous forme d'affirmations. Ils proposent un ressenti du salarié concernant son état émotionnel lié au travail, ses pratiques professionnelles et ses relations avec les patients. (57). Les réponses sont données sur une échelle de fréquence de type Likert en 7 points (0 = jamais, 6 = chaque jour) (cf. annexe 2 et annexe 4). Les 3 dimensions de l'épuisement professionnel de Maslach sont explorées dans ces différents items (14) :

- **L'épuisement émotionnel (EE)** (9 items). Exemple : « *Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail* ».
- **La dépersonnalisation (DP)** (5 items). Exemple : « *Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail* ».
- **L'accomplissement personnel au travail (AP)** (8 items). Exemple : « *Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes patients* ».

2.2 Justification

Après revue de la littérature, ce test s'est trouvé être le mieux évalué et le plus utilisé. Ses propriétés psychométriques ont été largement étudiées et sont tout à fait satisfaisantes (13,38,58). Le MBI est utilisé dans la plupart des études expérimentales (13).

Nous utilisons ici la version française du MBI de Dion et Tessier qui a également des indices psychométriques satisfaisants : consistance interne, stabilité temporelle, validité factorielle, validité de convergence, validité hypothético-déductive (56).

2.3 Interprétation

Pour chacune des dimensions, on obtient un score faible, moyen ou élevé selon les bornes définies par Maslach (cf. annexe 4). Dans le modèle de Maslach, un score élevé dans les deux premières dimensions (EE et DP) et un score faible d'accomplissement personnel définissent un niveau de burnout important (14).

Néanmoins, selon de nombreux auteurs et notamment Lee et Ashford (59), il existe une forte corrélation entre les dimensions d'EE et de DP, mais une corrélation faible entre les dimensions d'EE et d'AP d'une part et de DP et d'AP d'autre part (24,58). C'est pourquoi dans cette étude, pour s'inscrire dans la lignée de ces travaux, nous établissons qu'un répondeur a un niveau élevé de burnout s'il a un score élevé d'EE ou de DP (24,35,42,60), négligeant la dimension AP.

3. Recherche de facteurs prédictifs de burnout

Les facteurs prédictifs de burnout des soignants d'EHPAD ont été recherchés par deux méthodes différentes. Revue de la littérature (recherche bibliographique via Pub Med, Centre Cochrane, bases documentaire du portail Espace Numérique de Travail (ENT), catalogue Sudoc) et entretiens avec des professionnels d'EHPAD (infirmier coordonnateur (ou IDEC) et médecin coordonnateur). Nous avons retenu de tester les items sur lesquels une action de prévention serait possible s'ils s'avéraient associés au burnout. Par exemple, une étude a démontré que certains traits de personnalité étaient protecteurs de burnout, comme « l'endurance psychologique », ou *hardiness* (12). Or l'évaluation de ces différents traits de personnalité se fait au travers d'échelles complexes et il n'y a pas de possibilités d'intervention sur ces facteurs. Nous ne les avons donc pas recherchés.

Les facteurs prédictifs testés sont les suivants :

- Les données d'état civil :
 - Le sexe (22,27,37).
 - L'âge (38).
 - Le statut marital : en couple, divorcé, célibataire ou veuf (37,61).
 - Le nombre d'enfants, dont nombre à charge (37).

- Le parcours professionnel :
 - La profession exercée : infirmier, aide-soignant, AMP ou auxiliaire de vie (27,32,35,38,62).
 - Le nombre d'années d'expérience : dans l'EHPAD actuel (38,44), en gériatrie (37) et dans la profession exercée (33,34,63).
 - Les antécédents de violences subies / d'agressions : par un résident, par une famille ou par un collègue / supérieur (2,22,37,64,65).

- Les horaires de travail :
 - Le temps de travail quotidien exprimé en nombre d'heures par jour (66).
 - Les horaires de travail de jour ou de nuit, à temps plein ou temps partiel.
Dans notre étude, un soignant est considéré à temps partiel s'il est employé à moins de 1 Equivalent Temps Plein (ETP) (37).
 - Le choix du temps de travail (37).
 - Le temps de trajet entre le travail et le domicile (avis de professionnel).

- La charge de travail (24) :
 - Le nombre de lits et le nombre de soignants de jour et de nuit pour calcul du ratio global nombre de lits par soignant de jour (37).
 - Le nombre de résidents à charge chaque jour (26–28).
 - Le nombre de résidents à charge nécessitant d'être changés plusieurs fois par jour (12).
 - Le nombre de résidents à charge nécessitant une aide totale pour la prise des repas (29).
 - Le temps moyen quotidien de contact physique avec les résidents (15,29,35).
 - Le GIR Moyen Pondéré (GMP) de l'EHPAD en 2012 qui reflète le niveau moyen de dépendance des résidents d'un EHPAD. On l'obtient par un calcul prenant en compte le GIR des différents résidents (qui indique les capacités des résidents pour la réalisation d'actes quotidiens). Le GIR est calculé à l'aide la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources). Plus le niveau de dépendance des résidents est élevé, plus le GMP est élevé (avis de professionnel).
 - Le nombre de décès survenus au cours de l'année 2012 (12).

- L'organisation de l'EHPAD :
 - Le type d'EHPAD (privé à but lucratif, à but non lucratif ou public) (avis de professionnel).
 - L'existence d'un temps de transmission entre deux équipes (39). C'est la réponse des soignants qui est considérée dans notre étude. Il s'agit donc d'évaluer le ressenti du soignant de bénéficier d'un temps de transmission entre deux équipes.
 - La pratique d'activités au sein de l'établissement en dehors des soins (avis de professionnel).
 - L'existence de protocoles concernant l'évaluation et le traitement et de la douleur, la gestion des conflits avec les familles, l'annonce d'un décès (32). Dans notre analyse, l'absence ou la non connaissance de protocole ont été analysés conjointement.
 - Le nombre de formations effectuées par an (36).
 - La demande par le soignant de formations supplémentaires (32).
 - Le nombre de réunions organisées par mois en présence des soignants (12,15,19,25,28). Dans notre travail, sont comptabilisés comme « réunions » les temps d'échanges concernant les résidents ou l'organisation interne, en présence de plusieurs soignants.
 - La présence d'un psychologue dans l'EHPAD (37), son temps de travail en équivalent temps plein et la possibilité pour les soignants de le consulter (avis de professionnel).
 - L'existence d'un groupe de parole au sein de l'EHPAD (15).

- La santé des soignants :
 - Les consommations de toxiques : tabac et alcool et la quantification de cette consommation (19,40,62). Pour éviter les risques de sous-estimations, la consommation d'alcool notée comme « occasionnelle » est comptabilisée comme une consommation dans notre enquête.
 - La pratique d'une activité sportive régulière (18,19,39).
 - La pratique d'une activité de loisir régulière (18,19,39).
 - Le nombre de jours d'arrêts maladie au cours de l'année passée (2,29,53,54).
 - La consommation de médicaments anxiolytiques / hypnotiques au cours de ces 3 derniers mois (24).
 - Le suivi médical : consultation d'un médecin au cours de l'année passée (avis de professionnel).

4. Recueil de données

4.1 Elaboration du questionnaire

Le recueil de données se fait par l'intermédiaire d'un auto-questionnaire distribué aux soignants, à questions fermées pour la plupart (cf. annexe 2). Il comprend deux parties : évaluation du niveau de burnout par le MBI et recherche de facteurs prédictifs par 35 items reprenant les facteurs suscités qui concernent directement les soignants et leurs pratiques. Un second questionnaire est destiné à la direction : directeur, IDEC et/ou médecin coordonnateur (cf. annexe 3). Il a pour but l'identification des facteurs prédictifs de burnout d'ordre organisationnel. Il comprend 14 items : type d'EHPAD, nombre de lits dans l'EHPAD, nombre de soignants, GMP, nombre de décès annuel, existence de protocoles, nombre mensuel de réunions, présence d'un psychologue (temps de travail et consultable par les soignants) et existence d'un groupe de parole.

Avant enquête, afin de s'assurer de la faisabilité et de la pertinence du questionnaire, nous avons réalisé un pré-test auprès de 7 soignants du service gériatrique de long séjour de l'hôpital Louis Mourier.

4.2 Mode de distribution des questionnaires

Après accord de la direction, une rencontre est planifiée dans chacun des EHPAD entre l'évaluateur et les soignants. Après une brève sensibilisation au sujet, il est précisé que les réponses seront traitées de manière anonyme. Puis deux modes de distribution des questionnaires sont employés :

- Soit les questionnaires sont remis aux soignants sous enveloppes pré-timbrées ce qui permet de renvoyer leur réponse en toute discrétion, en préservant l'anonymat. Ils peuvent choisir de le remplir ou non, au moment opportun, éventuellement en dehors de leurs heures de travail. Une grille d'interprétation du MBI (cf. annexe 4) est laissée à disposition des soignants, une fois les questionnaires récupérés. Une affiche est exposée dans les postes de soins pour rappeler que l'enquête est en cours (cf. annexe 5).
- Soit un temps dédié au remplissage des questionnaires est accordé. Dans ce cas, les soignants renseignent les formulaires en présence de l'évaluateur qui peut être interpellé pour clarifier certaines questions. Le questionnaire est rendu directement à l'évaluateur qui délivre alors la grille d'interprétation du MBI. Dans la plupart des établissements, les soignants ont le choix de participer ou non à ce temps dédié.

Concernant les soignants de nuit ou absents lors du passage de l'évaluateur, les enveloppes pré-timbrées sont remises directement par l'IDEC aux soignants.

5. Analyse des données

Les données sont analysées à l'aide des logiciels XLStat version 2014.

Les résultats concernant les variables qualitatives sont exprimés en nombre (pourcentage) de soignants et les résultats concernant les variables quantitatives sont exprimés en médianes (étendue : valeur minimale et valeur maximale).

Pour quantifier la force d'association entre un niveau élevé de burnout et chacun des cofacteurs d'exposition, nous effectuons plusieurs régressions logistiques.

Une analyse univariée est réalisée en prenant comme variable test le niveau élevé de burnout (présent ou absent comme défini plus haut) et comme variables indépendantes les différents facteurs prédictifs cités précédemment.

Puis une analyse multivariée est réalisée en sélectionnant les variables dont la valeur p est inférieure à 0,20 en univarié (soit résultats significatifs et tendances). Les variables décrites dans la littérature comme facteurs prédictifs de burnout sont également incluses dans le modèle multivarié même si l'association dans notre échantillon n'est pas significative en univarié. L'analyse multivariée permet de prendre en compte les facteurs de confusion.

Les variables intégrées au modèle multivarié sont donc les suivantes : âge, sexe, antécédent d'agression par un résident, nombre de lits par soignants (pour les soignants de jour), infirmier de profession, pratique d'un loisir, plus de 11 heures de travail par jour, travaille dans un EPHAD privé à but lucratif.

Ont été exclues du modèle les variables pour lesquelles nous avons trop de données manquantes, les variables sans pertinence clinique et celles pour lesquelles une variable de la même catégorie était déjà intégrée au modèle. Dans ce cas, la variable la plus significative en univarié était incluse. Par exemple, EHPAD de type PBL a été testé et non EHPAD de type PBNL.

Les résultats des régression logistiques sont exprimés en Odds Ratio (OR) avec leurs intervalles de confiance à 95%.

Les résultats sont considérés comme statistiquement significatifs lorsque la valeur p est inférieure à 0,05.

Les comparaisons de population sont faites par le test du khi2 ou le test exact de Fisher pour les variables qualitatives et par le test de Student ou test de rang de Wilcoxon pour les variables quantitatives.

III Résultats

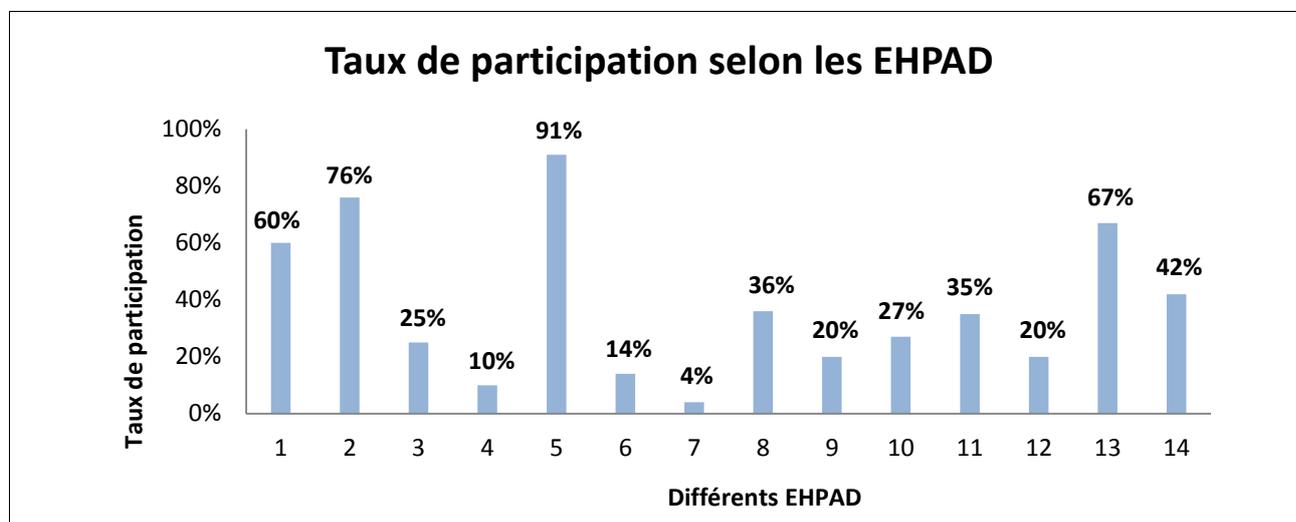
1. Nombre de participants

Du 23 octobre 2013 au 11 avril 2014, 360 questionnaires ont été remis dans les 14 EHPAD du territoire du réseau Agékanonix. Au total, 416 soignants travaillaient dans ces EHPAD. 56 soignants n'ont donc pas reçu de questionnaire (absents pour arrêt maladie, congés, congé maternité ou bien sans motif connu). 132 soignants au total ont répondu à l'enquête, soit un taux de participation de 37 % (de 4% à 91% selon les EHPAD). (cf. tableau 2 et figure 2).

Tableau 2. Taux de participation des différents EHPAD

EHPAD	N réponses / N questionnaires remis (Taux de participation %)
1	6/10 (60%)
2	13/17 (76%)
3	5/20 (25%)
4	2/20 (10%)
5	22/24 (91%)
6	3/22 (14%)
7	1/26 (4%)
8	9/25 (36%)
9	6/30 (20%)
10	9/33 (27%)
11	11/31 (35%)
12	4/20 (20%)
13	18/27 (67%)
14	23/55 (42%)
Total	132/360 (37%)

Figure 2. Taux de participation des différents EHPAD

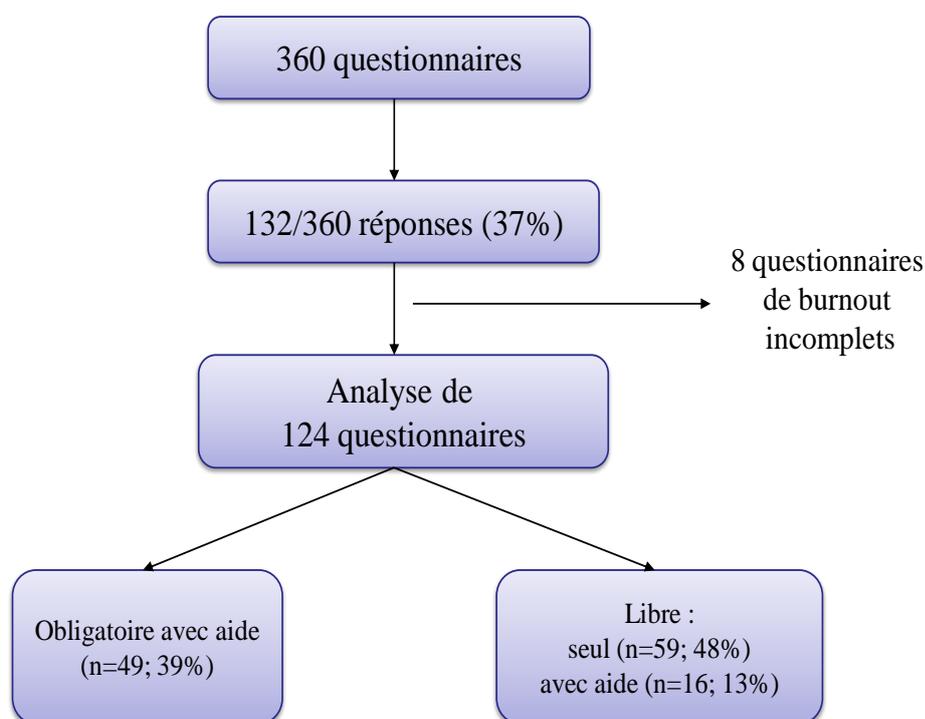


Parmi les 132 questionnaires, 124 (94%) avaient un score de burnout calculable et ont pu être inclus dans l'analyse (cf. figure 3).

La moitié des questionnaires ont été remplis en présence de l'évaluateur (n=65 ; 62%).

- 75 soignants (61%) ont eu le choix de répondre au questionnaire. Parmi ceux la, 59 (48%) ont rempli le questionnaire seuls et 16 (13%) ont rempli le questionnaire en présence de l'évaluateur.
- 49 soignants (39%) n'ont pas eu le choix de répondre au questionnaire. Un temps dédié au remplissage du questionnaire était consacré, en présence de l'évaluateur.

Figure 3. Organigramme distribution et analyse des questionnaires



2. Description de la population

Tableau 3. Caractéristiques démographiques des 124 soignants

	n (%) ou médiane (intervalle)
Sexe	
Féminin	111 (90%)
Masculin	13 (10%)
Age (années)	
	41 (20-70)
Statut marital	
Concubinage ⁺	67 (54%)
Célibataire ⁺	53 (43%)
Non Renseigné	4 (3%)
Nombre d'enfants	
	2 (0-5)
Nombre d'enfants à charge	
	1 (0-4)
Profession	
Infirmier	21 (17%)
Auxiliaire de vie	25 (20%)
Aide-soignant	54 (44%)
AMP ⁺⁺	20 (16%)
Non Renseigné	4 (3%)
Ancienneté : nombre d'années d'expérience (années)	
Profession actuelle	7 (0,3-50)
Gériatrie	7 (0,3-31)
EHPAD actuel	4 (0,1-30)
Antécédent d'agression au travail	
Oui	112 (90%)
Non	11 (9%)
Non Renseigné	1 (1%)
Par un résident	
Oui	105 (85%)
Non	18 (15%)
Non Renseigné	1 (< 1%)
Par une famille	
Oui	54 (43%)
Non	58 (47%)
Non Renseigné	12 (10%)
Par un collègue / supérieur	
Oui	55 (44%)
Non	63 (51%)
Non Renseigné	6 (5%)

⁺Concubinage : marié, pacsé ou en concubinage

⁺Célibataire : divorcé, veuf ou célibataire

⁺⁺ AMP : Aide médico-psychologique

Figure 4. Répartition des soignants par profession

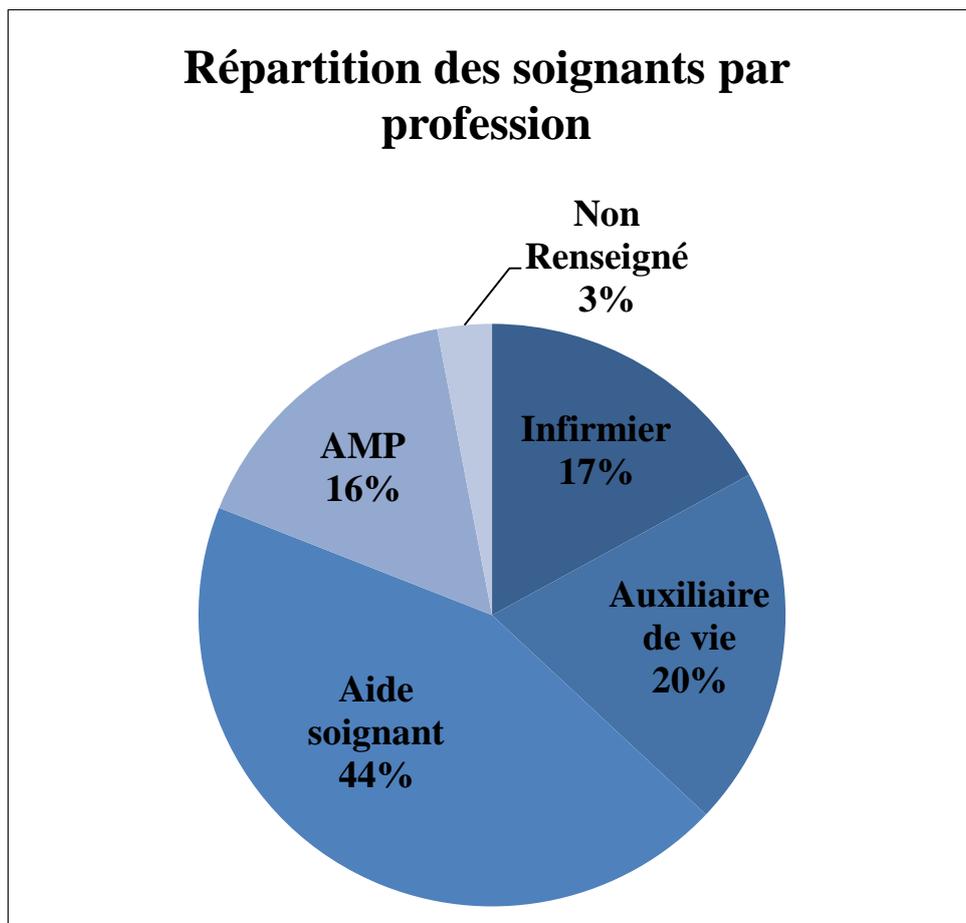


Tableau 4. Horaires et charge de travail des 124 soignants

	n (%) ou médiane (intervalle)
Horaires	
Temps de travail quotidien	
≥ 11h	88 (71%)
< 11h	33 (27%)
Non Renseigné	3 (2%)
Type d'horaire	
Jour	110 (89%)
Nuit	8 (6%)
Mixte	4 (3%)
Non Renseigné	2 (2%)
Temps plein	
Oui	107 (86%)
Non	8 (7%)
Non Renseigné	9 (7%)
Choix du temps de travail	
Oui	56 (45%)
Non	55 (44%)
Non Renseigné	13 (11%)
Temps de trajet (minutes)	30 (1-150)
Charge de travail	
Nombre de lits par soignant (de jour)	2,9 (2,6-4,5)
Nombre de lits par soignant hors infirmiers	2,8 (2,6-4,8)
Nombre de résidents à charge	12 (2-88)
Nombre de résidents à charge hors infirmiers	10 (2-82)
Nombre de changes quotidien	7 (0-70)
Nombre de changes quotidien hors infirmiers	7 (2-50)
Nombre de repas quotidien	3 (0-30)
Nombre de repas quotidien hors infirmiers	4 (1-30)
Temps de contact quotidien (heures)	7 (1-12)
GMP⁺	790 (692-820)
Nombre de décès annuel	22 (2-44)
Taux de décès annuel (%)	23 (5-37)

⁺ GMP : GIR Moyen Pondéré

Dans notre étude, le ratio du nombre de lits par soignant est de 2,9 si l'on prend en considération uniquement les soignants de jour. En effet, les soignants de nuit se répartissent les mêmes résidents que les soignants de jour. Il était redondant de les inclure dans le calcul.

Le ratio du nombre de lits par soignant hors infirmiers (soit aide-soignant, AMP ou auxiliaire de vie) est de 2,8. Les infirmiers ont été exclus de ce calcul puisqu'ils ne participent pas aux tâches des autres soignants.

Les autres données concernant la charge de travail ont de même été analysées pour tous les soignants d'une part et en excluant les infirmiers d'autre part.

Tableau 5. Organisation de l'EHPAD

	n (%) ou médiane (intervalle)
Type d'EHPAD	
Privé but lucratif	72 (58%)
Privé but non lucratif	14 (11%)
Public	38 (31%)
Nombre de lits	80 (38-188)
Temps de transmission entre équipes	
Oui	94 (76%)
Non	27 (22%)
Non Renseigné	3 (2%)
Participation aux activités hors soins au sein de l'EHPAD	
Oui	64 (52%)
Non	54 (43%)
Non Renseigné	6 (5%)
Protocoles disponibles selon les soignants concernant :	
Evaluation de la douleur	
Oui	94 (76%)
Non	26 (21%)
Non Renseigné	4 (3%)
Traitement de la douleur	
Oui	80 (64%)
Non	37 (30%)
Non Renseigné	7 (6%)
Gestion des conflits avec les familles	
Oui	31 (25%)
Non	89 (72%)
Non Renseigné	4 (3%)
Annonce de décès	
Oui	84 (68%)
Non	34 (27%)
Non Renseigné	6 (5%)
Nombre annuel de formations	1 (0-7)
Demande du soignant de formation supplémentaire	
Oui	86 (69%)
Non	31 (18%)
Non Renseigné	7 (3%)
Nombre mensuel de réunions	4,5 (0-7,5)
Présence d'un psychologue	124 (100%)
Présence d'un psychologue à temps plein	
Oui	67 (54%)
Non	57 (46%)
Psychologue consultable par les soignants	
Oui	59 (48%)
Non	65 (52%)
Existence d'un groupe de parole	
Oui	73 (59%)
Non	51 (41%)

Figure 5. Répartition des soignants par types d'EHPAD

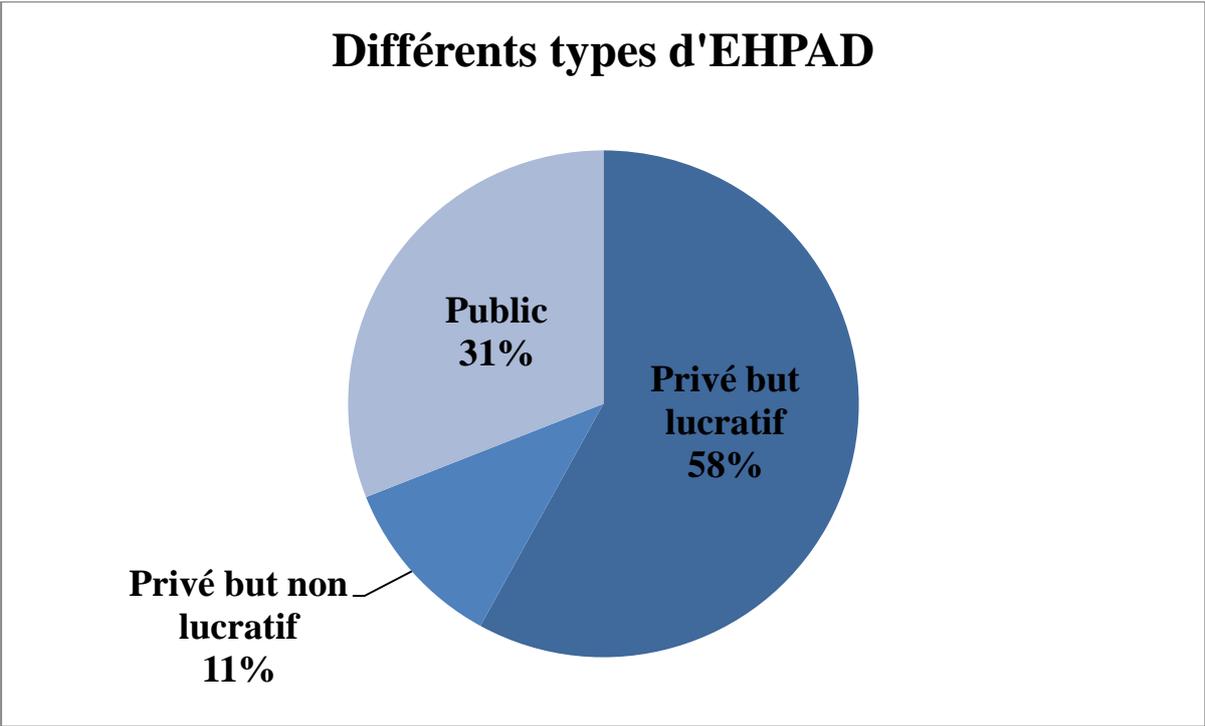


Tableau 6. Etat de santé des 124 soignants

	n (%) ou médiane (intervalle)
Tabagisme actif	
Oui	16 (13%)
Non	108 (87%)
Consommation déclarée d'alcool	
< 4 verres (homme) ou < 3 verres (femme)	19 (15%)
> 4 verres (homme) ou > 3 verres (femme)	0
0	104 (84%)
Non Renseigné	1 (1%)
Activité sportive régulière	
Oui	46 (37%)
Non	73 (59%)
Non Renseigné	5 (4%)
Loisir régulier	
Oui	51 (41%)
Non	71 (57%)
Non Renseigné	2 (2%)
Nombre de jours d'arrêt maladie par an	
	0 (0-90)
Arrêt maladie dans l'année	
Oui	41 (33%)
Non	66 (53%)
Non Renseigné	17 (14%)
Consommation d'anxiolytiques / hypnotiques depuis trois mois	
Oui	17 (14%)
Non	103 (83%)
Non Renseigné	4 (3%)
Suivi médical depuis un an	
Oui	101 (82%)
Non	19 (15%)
Non Renseigné	3 (3%)

3. Burnout des soignants

Tableau 7. Résultats du score de burnout (MBI) parmi les 124 soignants

n (%)	
Burnout	
Oui	49 (40%)
Non	75 (60%)
Scores par dimensions	
Epuisement émotionnel	
Elevé	36 (29%)
Modéré	43 (35%)
Faible	45 (36%)
Dépersonnalisation	
Elevé	22 (18%)
Modéré	45 (36%)
Faible	57 (46%)
Accomplissement personnel au travail	
Elevé	50 (40%)
Modéré	37 (30%)
Faible	37 (30%)

4. Facteurs prédictifs de burnout

Tableau 8. Analyse univariée

Variable	Odds Ratio (IC 95%)	p
Protocole : annonce de décès	3,68 (1,44-9,37)	0,01
Antécédent d'agression (par un résident)	6,24 (1,36-28,51)	0,02
EHPAD de type PBL⁺	2,57 (1,19-5,53)	0,02
Loisir	0,44 (0,2-0,94)	0,03
Protocole : évaluation de la douleur	2,8 (1,03-7,63)	0,04
Profession : infirmier	0,3 (0,09-0,95)	0,04
Antécédent d'agression (tous type d'auteur)	7,5 (0,93-60,6)	0,06
EHPAD de type PBNL ⁺⁺	0,22 (0,05-1,05)	0,06
Sexe féminin	4,04 (0,85-19,08)	0,08
Nombre d'enfants à charge	1,37 (0,96-1,96)	0,08
Nombre annuel de formations	1,2 (0,98-1,48)	0,08
Psychologue à temps plein	1,87 (0,89-3,9)	0,10
Age < 27 ans	0,34 (0,09-1,27)	0,11
Arrêt maladie dans l'année	1,9 (0,86-4,23)	0,11
Temps de travail ≥ 11h /j	2,03 (0,85-4,86)	0,11
Nombre de repas quotidien hors infirmiers	1,07 (0,98-1,17)	0,12
Antécédent d'agression (par un supérieur)	0,79 (0,85-3,78)	0,12
Protocole : traitement de la douleur	1,93 (0,84-4,44)	0,12
Nombre de lits par soignant (de jour)	1,58 (0,86-2,9)	0,14
Profession : auxiliaire de vie	1,89 (0,78-4,59)	0,16
GMP	1,01 (1-1,02)	0,18
Suivi médical	1,99 (0,67-5,96)	0,22
EHPAD de type public	1,64 (0,73-3,67)	0,23
Existence d'un groupe de parole	1,56 (0,74-3,28)	0,24
Nombre de changes quotidien hors infirmiers	0,97 (0,92-1,02)	0,28
Antécédent d'agression (par une famille)	1,52 (0,71-3,26)	0,28
Ancienneté dans la profession	0,98 (0,93-1,02)	0,31
Ancienneté en gériatrie	1,03 (0,97-1,09)	0,32
Ancienneté en EHPAD	0,97 (0,90-1,04)	0,38
Consommation d'anxiolytiques / hypnotiques	1,52 (0,54-4,27)	0,43
Participation aux activités hors soins	0,76 (0,36-1,59)	0,46
Nombre de résidents à charge hors infirmiers	0,99 (0,96-1,02)	0,47
En concubinage ⁺⁺⁺	0,78 (0,37-1,62)	0,50
Choix du temps de travail	0,77 (0,35-1,67)	0,51
Nombre de décès annuel	1,01 (0,98-1,05)	0,52
Profession : aide médico-psychologique	1,3 (0,49-3,42)	0,59
Travail de nuit	0,72 (0,2-2,54)	0,61
Nombre de lits dans l'EHPAD	1 (0,99-1,01)	0,67
Temps de contact quotidien	1,03 (0,88-1,21)	0,72
Nombre mensuel de réunions	1,03 (0,88-1,19)	0,74
Temps de transmission entre équipes	1,15 (0,48-2,79)	0,75
Consommation d'alcool	1,2 (0,39-3,69)	0,75
Travail à temps plein	1,26 (0,29-5,53)	0,76
Nombre d'enfants	1,05 (0,77-1,43)	0,77
Protocole : gestion du conflit avec les familles	0,89 (0,38-2,05)	0,78
Psychologue consultable par les soignants	0,91 (0,44-1,87)	0,80
Tabagisme actif	0,91 (0,31-2,68)	0,86
Profession : aide-soignant	0,94 (0,45-1,96)	0,87
Travail de jour	1,13 (0,26-4,95)	0,87
Nombre de lits par soignant hors infirmiers	0,97 (0,52-1,81)	0,92
Activité sportive régulière	1,03 (0,48-2,2)	0,93
Demande de formation supplémentaire	1,03 (0,45-2,4)	0,94
Temps de trajet domicile/travail	1 (0,99-1,01)	0,97

⁺ PBL : Privé à but lucratif

⁺⁺ PBNL : Privé à but non lucratif

⁺⁺⁺ Concubinage : marié, pacsé ou en concubinage

Après analyse univariée, les facteurs de risque de burnout sont l'antécédent d'agression par un résident, le travail en EHPAD privé à but lucratif, et l'existence de protocoles concernant l'annonce de décès et l'évaluation de la douleur.

La pratique d'une activité de loisirs ou l'exercice de la profession d'infirmier protègent du burnout.

Tableau 9. Analyse multivariée

Variable	Odds Ratio (IC 95%)	p
Antécédent d'agression (par un résident)	5,33 (1,05-27,13)	0,04
Profession infirmier	0,32 (0,09-1,14)	0,08
Loisir	0,44 (0,17-1,12)	0,08
Age < 27 ans	0,36 (0,08-1,56)	0,17
Sexe féminin	2,52 (0,46-5,31)	0,29
PBL ⁺	1,58 (0,47-5,31)	0,46
Nombre de lits par soignant (de jour)	1,15 (0,54-2,46)	0,71
Temps de travail ≥ 11 h/j	1,07 (0,26-4,48)	0,93

⁺ PBL : Privé à but lucratif

Le seul facteur prédictif de burnout chez les soignants, toutes choses étant égales par ailleurs, est l'antécédent d'agression par un résident.

5. Comparaison des soignants en fonction du type d'EHPAD

Tableau 10. Caractéristiques des soignants en fonction du type d'EHPAD

Caractéristiques	Total n (%)	PBL ⁺ n (%)	PBNL ⁺⁺ / Public n (%)	p
Nombre total de soignants	124 (100%)	72 (58%)	52 (42%)	
Présence d'un psychologue à temps plein				0,01
Oui	67 (54%)	46 (64%)	21 (40%)	
Non	57 (46%)	26 (36%)	31 (60%)	
Psychologue consultable par les soignants				0,06
Oui	59 (48%)	42 (58%)	17 (33%)	
Non	65 (52%)	30 (42%)	35 (67%)	
Loisir régulier				0,08
Oui	51 (41%)	25 (35%)	26 (50%)	
Non	71 (57%)	46 (64%)	25 (48%)	
Nombre de lits par soignant hors infirmiers	2,8 (2,6-4,8)	3,2 (2,6-4)	2,7 (2,7-4,8)	0,1
Antécédent d'agression au travail				0,2
Oui	112 (90%)	68 (94%)	44 (85%)	
Non	11 (9%)	4 (6%)	7 (13%)	
GMP	790 (692-820)	790 (692-820)	763 (750-813)	0,8
Age médian (années)	41 (20-70)	40 (20-70)	41 (22-58)	0,9
Nombre d'années d'expérience professionnelle actuelle (années)	7 (0,3-50)	7 (0,5-30)	8 (0,3-31)	0,9
Nombre annuel de formations	1 (0-7)	1 (0-7)	2 (0-6,5)	0,9
Nombre mensuel de réunions	4,5 (0-7,5)	4,5 (0-7,5)	2 (1-7)	0,9
Existence d'un groupe de parole				0,9
Oui	73 (59%)	43 (60%)	30 (58%)	
Non	51 (41%)	29 (40%)	22 (42%)	
Sexe				1
Féminin	111 (90%)	64 (89%)	47 (90%)	
Masculin	13 (10%)	8 (11%)	5 (10%)	
Profession infirmier				1
Oui	21 (17%)	12 (17%)	9 (17%)	
Non	99 (83%)	59 (82%)	40 (77%)	

⁺ PBL : Privé à but lucratif

⁺⁺ PBNL : Privé à but non lucratif

Nous avons cherché à expliquer les différences de résultats obtenus en fonction du type d'EHPAD vis-à-vis du burnout. En effet, notre analyse révèle que les soignants d'EHPAD de type PBL sont plus à risque de burnout que ceux travaillant en EHPAD de type PBNL ou public.

Pour cela, nous avons comparé ces deux populations selon des critères qui nous semblaient pertinents.

Les deux populations sont comparables sur tous les critères testés : pratique de loisir régulier, nombre de lits par soignant, antécédent d'agression au travail, GMP, âge, nombre d'années d'expérience, nombre annuel de formations, nombre mensuel de réunions, existence d'un groupe de parole, sexe et profession infirmier.

La présence d'un psychologue à temps plein est une différence statistiquement significative entre les deux groupes. On retrouve plus souvent la présence d'un psychologue à temps plein dans les EHPAD de type PBL.

La présence d'un psychologue consultable par les soignants n'est en revanche pas observée plus fréquemment dans les EHPAD de type PBL.

IV Discussion

Dans notre étude portant sur 124 soignants d'EHPAD du territoire du réseau de santé Agékanonix, la prévalence du burnout est de 40%. La recherche de facteurs prédictifs de burnout révèle qu'un antécédent d'agression par un résident dans le cadre professionnel, le travail en EHPAD privé à but lucratif, ou encore l'existence de protocoles au sein de l'EHPAD augmentent le risque de burnout. En revanche, la pratique d'une activité de loisirs et l'exercice de la profession d'infirmier protègent du burnout. Après analyse multivariée, seul l'antécédent d'agression par un résident est un facteur de risque de burnout.

1. Limites de l'étude

1.1 Population de l'étude

- **L'échantillon** de soignants, bien que faible, est comparable à celui d'études de grande ampleur. La moyenne d'âge des soignants est de 41 ans et 90% des soignants sont des femmes (cf. tableau 3). Dans l'enquête SUMER 2010, ayant pour objectif l'évaluation des risques professionnels chez près de 50000 salariés, l'âge moyen des personnes travaillant auprès des personnes âgées était de 40 ans et 88% des sujets étaient des femmes. De même pour l'enquête de l'observatoire EVREST (veille épidémiologique nationale organisée par les médecins du travail), où la population avait 40 ans d'âge moyen et était composée de 90% de femmes (37).

La répartition par profession des soignants dans le territoire de l'enquête semble aussi comparable à celle des répondeurs : dans les EHPAD de notre territoire, on retrouvait en moyenne 65% d'aide-soignant ou AMP, 22% d'auxiliaire de vie et 12% d'infirmier contre respectivement 59%, 21% et 16% parmi les répondeurs (cf. figure 4). Notre échantillon est donc représentatif d'une population de soignants d'EHPAD.

- **Le territoire** de l'étude étant limité, les résultats de l'enquête pourraient ne pas être extrapolables sur le plan national. En effet, le territoire dit de la « boucle nord du 92 » présente des caractéristiques particulières notamment sur le plan socio-économique : une population jeune, avec une proportion d'étrangers plus importante que les moyennes départementales, un taux élevé de familles monoparentales, de personnes non diplômées, une forte représentation des bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (ou CMUc) et des revenus moyens plus bas que ceux de l'ensemble du département (67). On peut supposer que les soignants travaillant dans les EHPAD de ce territoire habitent à proximité, dans la même zone géographique.

1.2 Biais liés à la méthode de distribution du questionnaire

La distribution des questionnaires n'a pas été homogène d'un EHPAD à un autre, dépendant du fonctionnement des établissements. Ceci pourrait avoir entraîné un biais de sélection des soignants participants.

- Le questionnaire était le plus souvent **distribué par l'évaluateur externe, mais parfois par l'IDEC**. Cela pourrait avoir plusieurs conséquences : (a) une crainte de la levée de l'anonymat (l'IDEC représentant les instances dirigeantes) et (b) une distribution hétérogène voire partielle (le questionnaire pourrait ne pas avoir été proposé par exemple aux soignants les plus fragiles). Le taux de participation à l'étude (37%) aurait pu être meilleur si l'on avait eu accès à tous les soignants pour les sensibiliser au sujet.
- Les soignants avaient le plus souvent le **choix de répondre à l'enquête** (60%), **mais y étaient parfois contraints**. Il est possible que les directions d'EHPAD qui avaient dédié un temps « obligatoire » pour la réponse au questionnaire aient un

lien plus autoritaire avec leurs soignants ou bien au contraire soient davantage impliquées dans la prévention du burnout. D'autre part, on pourrait penser que les soignants répondeurs ayant eu le choix de répondre seraient plus sujets au burnout ou plus concernés par la question. Ce n'est pas le cas puisque le fait d'avoir le choix de répondre au questionnaire n'est pas un facteur de risque de burnout dans notre analyse.

- Les soignants **remplissaient le questionnaire seuls (38%) ou en présence de l'évaluateur**. Ceci pourrait avoir influencé leurs réponses. Certains ont rempli le questionnaire pendant leurs heures et sur le lieu de travail, alors qu'une question concerne par exemple les antécédents d'agression par un collègue. Néanmoins, il n'y avait pas de différences retrouvées entre ces deux types de remplissage dans notre analyse.
- Enfin, les soignants n'ayant pas eu la possibilité de répondre aux questionnaires (56 soignants) étaient en arrêt maladie, en congés, en congé maternité ou bien absents sans motif connu. Ces soignants pourraient potentiellement être à risque élevé de burnout et leur motif d'arrêt pourrait être en lien avec une souffrance au travail.

Pour conclure, le sujet du burnout des soignants est un thème « sensible ». Ceci pourrait être à l'origine de biais dans cette étude. L'accueil réservé à l'enquête a été variable d'un établissement à un autre. Pour certains EHPAD, les réticences rencontrées et les difficultés d'accès aux soignants suggère qu'il s'agit d'un sujet complexe et digne d'intérêt.

1.3 Critiques du questionnaire

Nous avons choisi d'utiliser le **MBI** pour mesurer le niveau de burnout des soignants. Ce test est critiqué depuis une dizaine d'années par certains auteurs pour plusieurs raisons : (a) dimension culturelle non prise en compte (test très « américanisé » selon certains comme on le voit dans la question *J'ai l'impression d'avoir une influence positive sur les gens*), (b) les dimensions décrites par Maslach seraient plutôt des conséquences du burnout ou des stratégies d'adaptation que des catégories (dépersonnalisation, perte d'accomplissement personnel), (c) troisième dimension critiquée comme décrit ci-dessus (68). Une équipe danoise a mis au point en 2005 un nouvel outil de mesure qui semble être pertinent, le Copenhague Burnout Inventory (ou CBI) qui prend en compte les 3 dimensions suivantes : épuisement personnel, épuisement professionnel et épuisement relationnel.

Néanmoins le MBI reste employé dans près de 90% des études et c'est pourquoi nous avons fait le choix de l'utiliser ici.

Ce test paraît **peu adapté aux soignants d'EHPAD**. Certains d'entre eux ont eu des difficultés pour comprendre les items du questionnaire, complexes, usant parfois d'un vocabulaire peu courant (« *ragailardi* »). De nombreux questionnaires ont probablement été rendus incomplets pour cette raison.

2. Le burnout des soignants

Dans notre étude, la proportion de burnout parmi les soignants est de 40 %. Respectivement 29 % et 18% des soignants ont des scores élevés aux dimensions épuisement émotionnel et dépersonnalisation. 30% ont un score d'accomplissement personnel faible (cf. tableau 7). Dans la littérature, on trouve une prévalence semblable de burnout parmi les soignants d'EHPAD, de 23 à 50% selon les études (27,29,35).

Lorsque l'on compare le niveau de burnout des soignants d'EHPAD à ceux travaillant en services hospitaliers gériatriques, les études sont contradictoires. Selon une étude française, le personnel des EHPAD est nettement plus enclin à un épisode d'épuisement professionnel que celui exerçant en service de long séjour gériatrique (38,9% versus 23,1%, respectivement) (38). Selon une autre étude, réalisée au sein des services hospitaliers gériatriques alsaciens, les soignants des services de longs séjours sont plus à risque de burnout que les soignants de moyens ou courts séjours gériatriques (61). Une étude italienne rapporte cependant des résultats opposés. Parmi 355 soignants, le burnout est plus élevé en service de gériatrie aiguë qu'en EHPAD. On peut supposer que d'un pays à l'autre les organisations des services diffèrent et pourraient expliquer ces disparités.

3. Facteurs prédictifs de burnout

3.1 Antécédent de violences / agressions subies au travail

Dans notre étude, c'est le seul facteur prédictif de burnout après prise en compte des potentiels facteurs de confusion (analyse multivariée). L'antécédent d'agression par un résident multiplie par 5 le risque d'être en burnout. (cf. tableau 9).

3.1.1 Définition des violences au travail

En 2010, une définition précise de la violence au travail a été émise. Celle-ci survient lorsqu'un ou plusieurs salariés sont agressés dans des circonstances liées au travail. Elle va du manque de respect à la manifestation de la volonté de nuire, de détruire, de l'incivilité à l'agression physique. La violence au travail peut prendre la forme d'agression verbale, comportementale (notamment sexiste) ou encore d'agression physique (69).

3.1.2 Prévalence des violences au travail

Dans notre étude, nous retrouvons une proportion importante de violences subies parmi les soignants : 90 % ont déjà été agressés au travail, le plus souvent par un résident (85%) et parfois par un collègue ou un supérieur (44%) ou par une famille (43%).

La revue de la littérature confirme que les soignants d'EHPAD sont parmi les plus exposés aux patients agressifs. Moins de 1% déclarent ne jamais avoir été confrontés à des patients agressifs (36). Il s'agit de la troisième profession de santé la plus à risque de subir des épisodes violents, après les soignants travaillant en psychiatrie et ceux des urgences (65).

Ces chiffres sont nettement plus élevés que pour les autres soignants : 23% des professionnels de santé estiment avoir déjà été victimes de comportements violents au cours de leur travail (violence verbale, sexuelle, harcèlement...) selon une étude de 44000 salariés européens. Les professionnels de santé sont aussi davantage concernés par les violences subies dans le cadre professionnel en comparaison des autres salariés. En effet, en France en 2007, 9% des salariés déclaraient avoir subi de la violence au travail (2).

Néanmoins, l'évaluation du nombre d'agressions au travail reste difficile puisque la déclaration de ces événements dépend de la sensibilité du soignant au moment des faits et de son vécu du geste agressif (37).

3.1.3 Causes des violences au travail

L'enquête européenne PRESST-NEXT concernant plus de 27000 soignants européens s'intéresse aux facteurs liés aux épisodes violents. Les facteurs associés retrouvés sont les suivants : l'insuffisance du travail d'équipe, les interruptions fréquentes, les ordres contradictoires, la pression temporelle (manque de temps pour effectuer les tâches demandées) et le manque de qualification (65).

3.1.4 Conséquences des violences au travail

Dans notre enquête, le fait d'avoir été victime de violences, notamment de la part d'un résident est associé au burnout.

Ce résultat concorde avec les données de la littérature. En effet, les salariés qui rapportent avoir été victimes de violences au travail ont davantage de problèmes de santé que les autres salariés (2). Le fait d'être harcelé par un supérieur est un facteur de risque de burnout démontré (risque relatif 1,92 dans l'enquête PRESST-NEXT) (22).

Une étude suisse de 2013 s'intéresse aux conséquences à long terme de la violence sur le lieu de travail. D'après cette analyse, il peut y avoir des conséquences graves en termes de santé et d'emploi suite aux violences et celles-ci pourraient être reliées à l'intensité de la détresse psychologique initiale. Le soutien d'un employeur peut permettre d'en prévenir ou d'en atténuer les effets négatifs (64).

3.2 Pratique de loisirs

Avoir une activité de loisirs régulière protège du burnout selon notre étude. La pratique d'un loisir divise par 2 le risque de burnout. (cf. tableau 8).

Ce résultat est concordant avec les données de la littérature (18,19,22). Les études abordent ce sujet comme outil de prévention du burnout. Selon Barbier, un des mécanismes de défense de la personne en burnout est le pseudo-activisme : le soignant passe de plus en plus de temps au travail pour compenser une baisse de performance qui l'affaiblit. Il est ainsi amené à négliger sa vie personnelle. C'est pourquoi, pour lui, une des prises en charge du burnout consiste à recentrer l'individu sur ses besoins, l'inciter à pratiquer un sport ou un loisir pour favoriser l'épanouissement en dehors du travail (19). Cherniss évoquait déjà en 1980 l'importance de la vie en dehors du travail comme outil de prévention du burnout (18).

Une notion similaire apparaît également dans les études récentes : le conflit entre vie professionnelle et vie de famille augmente le risque de burnout (risque relatif 5,21 dans l'étude PRESST-NEXT) (22). Les horaires atypiques, les changements d'horaires non

programmés, l'activité de nuit et en conséquence, l'incapacité de prendre du temps de ressourcement dans les loisirs et les activités sociales, altèrent l'équilibre entre vie professionnelle et familiale (22). Plus d'un tiers des soignants déclarent modifier leurs activités personnelles en raison de remaniements imprévus de leur planning de travail (39). Chez les soignants d'EHPAD du territoire de l'étude, cet équilibre est probablement d'autant plus délicat à trouver qu'il s'agit majoritairement de femmes, parfois isolées et issues de milieux précaires comme nous l'avons vu plus haut. L'organisation de la vie familiale peut donc déjà être difficile.

Concernant la pratique d'une activité sportive, nous n'avons pas mis en évidence de lien avec le burnout alors qu'il s'agit d'un facteur protecteur reconnu. Les soignants dont le score d'épuisement professionnel est élevé sont 2,5 fois plus concernés par l'absence de pratique sportive (62).

3.3 Profession infirmier

Dans notre travail, l'exercice de la profession d'infirmier protège du burnout (cf. tableau 8). Ce résultat est concordant avec les données de la littérature. Une étude française de 2004 concernant les soignants de gériatrie rapporte que les infirmiers sont moins sujets au burnout comparés aux aides-soignants (38).

Les infirmiers ont proportionnellement beaucoup plus de soins indirects que les aides-soignants : déplacement, préparation des médicaments, rangement, traçabilité / gestion des dossiers et moins de relationnels avec les résidents (puisque'il a été décrit qu'il peut y avoir un seul infirmier pour 80 résidents) (29).

3.4 EHPAD privé à but lucratif

Dans notre étude, un soignant travaillant en EHPAD privé à but lucratif est plus à risque de burnout qu'un soignant travaillant en EHPAD privé à but non lucratif ou public (cf. tableau 8).

Nous avons comparé ces deux groupes de soignants (travaillant en EHPAD PBL versus en EHPAD PBNL ou public) pour déterminer si cette différence était due à l'augmentation de la charge de travail par soignant, à la présence de soignants plus jeunes et moins expérimentés, à l'existence d'un groupe de parole... (cf. tableau 10). Aucune différence statistiquement significative ne se dégage de cette comparaison en dehors de la présence d'un psychologue à temps plein. En effet, on observe plus souvent la présence d'un psychologue à temps plein en EHPAD PBL (pour 64% des soignants versus 40% des soignants d'EHPAD PBNL ou public). Etant donné que l'analyse univariée ne retrouve pas d'association entre la présence d'un psychologue à temps plein et le burnout, cette différence n'explique pas à elle seule le risque augmenté de burnout en EHPAD de type PBL. D'autres facteurs seraient à rechercher lors de prochains travaux pour mieux comprendre ce résultat.

La revue de la littérature apporte des éléments intéressants pour expliquer l'augmentation du risque de burnout en EHPAD PBL.

Par exemple, on sait que le taux d'encadrement est moins important en EHPAD PBL et la charge de travail par soignant pourrait en être plus grande (8).

De plus, les EHPAD PBL doivent réduire leurs dépenses au minimum puisqu'ils sont tenus d'être rentables. Les coûts liés au matériel, au personnel pourraient donc potentiellement être restreints. Or le coût du matériel est en constante augmentation. Par exemple, le coût des couches et alèses par lit a augmenté de 13,5% de 2010 à 2011 (70).

A notre connaissance, aucune étude n'a recherché les liens entre burnout et type d'EHPAD.

Il est pourtant décrit que le stress au travail est lié à la structure dans laquelle les soignants exercent. En effet, dans une étude italienne récente, les soignants travaillant en gériatrie rapportent que les événements stressants de leur vie professionnelle sont plus liés aux dysfonctionnements de la structure qu'aux autres difficultés en lien avec les caractéristiques des patients (démences, dépendance) (63).

3.5 Existence de protocoles d'annonce de décès et d'évaluation de la douleur

Dans notre étude, l'existence d'un protocole d'annonce de décès ou concernant l'évaluation de la douleur dans l'établissement est un facteur de risque de burnout (cf. tableau 8).

L'analyse des réponses données par les soignants à cet item était difficile car elle comportait de nombreuses données manquantes et des données incohérentes. Par exemple, on observe des divergences entre les réponses données par les soignants et celles de la direction. Certains soignants décrivaient l'existence d'un protocole dans leur structure alors qu'il n'y en avait pas selon la direction. La crainte d'émettre une « mauvaise » réponse pourrait avoir influencé les soignants.

Nous proposons plusieurs hypothèses pour expliquer ce résultat :

La présence d'un protocole contraint le soignant à respecter un cadre, ce qui pourrait entraîner une crainte de mal faire son travail et donner une sensation de réduction du degré d'autonomie (ce qui, comme nous l'avons vu dans la théorie du « job strain », augmente le stress au travail). De plus, suivre un protocole pourrait être vécu par les soignants comme une surcharge administrative.

Une étude de 2011 portant sur 255 personnes travaillant en psychogériatrie retrouvait pourtant que l'absence de recommandations augmentait le risque de burnout (32). La population de cette étude était composée de soignants (dont médecins) et de personnels administratifs (cadres et directeurs de service). Il est probable que les médecins et le personnel administratif soient rassurés par la présence de protocoles.

De plus, pour qu'un protocole soit utilisé et utile, il doit être connu, intégré et admis des équipes. Intégrer les équipes à la rédaction de celui-ci pourrait aussi permettre une meilleure adhésion des soignants.

L'existence d'un protocole de gestion des conflits avec les familles n'est pas un facteur prédictif de burnout (faible échantillon de soignants ayant répondu par l'affirmative), tout comme la présence d'un protocole de traitement de la douleur qui concerne plus particulièrement la population des infirmiers.

4. Les facteurs non associés au burnout dans l'étude

4.1 Age

Ce facteur n'est pas associé au burnout dans notre étude.

Dans la littérature, l'association est décrite : les soignants les plus jeunes sont plus à risque de burnout (38). Les jeunes soignants doivent faire face à une réalité de terrain parfois éloignée de l'image du métier qu'ils avaient lors de leurs formations. Cette désillusion peut être à l'origine d'un épuisement professionnel (20). D'autre part, les soignants plus âgés pourraient être plus aguerris puisqu'ils ont poursuivi dans la même voie malgré ces difficultés professionnelles.

4.2 Sexe féminin

Selon nos résultats, être une femme n'augmente pas le risque de burnout.

Ceci est contradictoire avec les données de la littérature (22,27,37). Nous n'avons cependant pas retrouvé d'études expliquant cette différence. L'écart de salaires entre hommes et femmes participe peut être au manque de reconnaissance ressenti par les soignantes. L'écart de revenu salarial entre hommes et femmes est de 21 % dans la fonction publique hospitalière (71). De plus, les soignantes assurent souvent seules leurs obligations familiales. Dans l'enquête PRESST-NEXT, 72 % des soignantes déclarent devoir effectuer seules les tâches ménagères au domicile (39).

4.3 Statut marital

Le statut marital (en couple ou célibataire) n'est pas un facteur associé au burnout dans notre étude.

Le fait de vivre seul est pourtant décrit comme facteur de risque de burnout dans la littérature (61). Les soignants de notre étude sont plus souvent célibataires (soit divorcés, veufs ou célibataires) que ceux d'une enquête de 2011 portant sur près de 3000 salariés d'EHPAD de la région Rhône-Alpes (43% contre 13%, respectivement) (37) (cf. tableau 3).

4.4 Ancienneté dans la profession

Le nombre d'années d'expérience n'est pas associé au burnout dans notre étude.

Globalement, les soignants de notre étude sont assez peu expérimentés : en moyenne 7 ans d'expérience (cf. tableau 3).

Dans la littérature, on trouve des données contradictoires sur les liens entre burnout et expérience professionnelle.

Pour certains auteurs, plus un soignant est ancien dans une équipe, moins il est à risque de burnout. Il a été montré que les infirmiers présents depuis moins de 5 ans dans une équipe de soignants avaient 8 fois plus de risque d'être en burnout (33). Il est aussi décrit que les infirmiers les plus anciens dans un service ont moins envie de le quitter (34).

Pour d'autres auteurs, l'ancienneté est décrite comme étant un facteur de risque de burnout (38). Une étude tchèque portant sur 450 employés de maisons de retraite rapporte que les soignants à risque de maltraitance envers les résidents sont ceux qui travaillent dans la structure depuis plus de 5 ans (44). Une autre étude publiée en 2010 évoque un cofacteur chez les infirmiers travaillant en gériatrie : le niveau d'éducation. Chez un infirmier qui a un niveau d'éducation élevé, le risque de burnout est faible en début de carrière mais important en fin de carrière (63).

En résumé, les soignants peu expérimentés peuvent être fragilisés, déçus par la réalité de terrain qui s'oppose aux idéaux du métier de début de carrière alors que les soignants plus

expérimentés ont supporté et dépassé cette étape. D'un autre côté, l'exposition prolongée à la souffrance, aux patients difficiles, l'accumulation de charge de travail importante sans reconnaissance compensatrice peut entraîner chez ces soignants expérimentés un épuisement en milieu ou fin de carrière.

4.5 Horaires de travail

Nous ne retrouvons pas d'association entre le type d'horaires de travail (de jour ou de nuit) et le burnout.

Selon une analyse portant sur 2889 salariés d'EHPAD, le travail de nuit est un facteur protecteur (37). La charge de travail est en effet moins importante la nuit malgré l'effectif faible de soignants puisque qu'il y a moins de soins à réaliser (ni toilettes, ni repas).

Il est à noter que la proportion de soignants travaillant de nuit est faible dans notre étude (9%) en comparaison de l'étude suscitée (15%) (37) (cf. tableau 4).

4.6 Temps de travail par jour

Nous ne retrouvons pas de lien entre un temps de travail supérieur à 11 heures par jour et le burnout des soignants.

La majorité des soignants travaillaient plus de 11 heures par jour (71%) (cf. tableau 4). Il s'agit en effet du mode d'organisation du travail le plus fréquent dans les EHPAD du territoire étudié.

Les soignants rencontrés semblaient satisfaits de ce type d'horaire qui leur permet de ne travailler que 3 à 4 jours par semaine. Néanmoins, une étude portant sur près de 31600 infirmiers dans 12 pays européens montre qu'une durée de travail supérieure ou égale à 12 heures est associée à une moins bonne qualité des soins et à des défaillances de sécurité pour les patients. La tendance actuelle serait malgré cela favorable à l'augmentation du temps de travail journalier car elle permet de diminuer les temps de chevauchement entre équipes et donc les coûts (66).

4.7 Nombre de résidents à charge, de repas et de changes quotidiens

Ces questions avaient pour but d'évaluer la charge de travail des soignants.

Aucun de ces facteurs n'est associé au burnout, alors que la charge de travail est facteur de risque reconnu dans la littérature (24). Comme nous l'avons vu plus haut, une charge de travail importante augmenterait même la mortalité des patients (26).

Nos résultats pourraient être expliqués par l'inclusion à tort des infirmiers (types de tâches différents de celles des aides-soignants), des questions mal formulées avec nombreuses données manquantes et des réponses incohérentes. Les infirmiers ont souvent répondu aux questions « *combien de résidents nécessitent plusieurs changes par jour ? / Une aide totale pour la prise des repas ?* » par un nombre correspondant à la totalité des résidents de l'EHPAD. Les infirmiers prennent effectivement en charge tous les résidents de l'EHPAD dans la plupart des cas (en moyenne, les infirmiers de l'étude prenaient en charge 57 résidents) et n'assurent pas les soins liés à l'entretien et à la compensation de la perte d'autonomie des résidents.

Pourtant en excluant les infirmiers de l'analyse (analyse en sous groupes), des réponses aberrantes persistent, laissant penser que la question a été mal comprise par les soignants. Par exemple, une soignante a répondu qu'elle prenait en charge *13 résidents*. Parmi eux, *20 nécessitaient un change* et *30 une aide pour la prise des repas*.

De fait, on note beaucoup de données manquantes pour cet item (102 réponses/124 questionnaires pour le nombre de repas). Les données recueillies sont donc peu exploitables.

La notion de pénibilité au travail n'a pas été explorée dans notre enquête. Lorsque cette question leur est posée, les soignants citent la pénibilité morale et les difficultés du travail d'équipe comme les facteurs les plus pénibles. Les autres facteurs sont l'inquiétude sur la qualité des soins et la pénibilité physique. Le travail en position debout demeure une

caractéristique forte : plus de 80 % des aides-soignants et plus de 60 % des infirmiers déclarent travailler debout au moins 6 heures par jour (39).

4.8 Nombre de lits par soignant

Ce facteur n'est pas associé au burnout dans notre étude.

De même, ici, les infirmiers ont été exclus de l'analyse. Seuls les aides-soignants, AMP et auxiliaires de vie se partagent le nombre de lits pour répartir la charge de travail.

4.9 Temps de contact quotidien avec les résidents

Ce facteur n'est pas associé au burnout dans notre étude.

La formulation imprécise de la question a entraîné un nombre important de données manquantes ou inutilisables. Par exemple, plusieurs soignants ont répondu : « 30 minutes » à la question : « *Temps moyen de contact physique avec les résidents ?.....heures par jour environ.* »

Pourtant, une étude belge portant sur plus de 500 professionnels de santé travaillant au contact de patients ayant une altération des facultés cognitives démontrait que le temps au contact des patients augmentait le risque de burnout (35). Une étude australienne a rapporté qu'un temps de contact avec les patients supérieur à 31 heures par semaine est un facteur significatif d'épuisement émotionnel alors qu'un temps de contact inférieur à 10 heures est un facteur de déshumanisation (72).

4.10 GMP

Le GMP, qui reflète le niveau de dépendance moyen des résidents d'EHPAD, n'est pas un facteur de risque de burnout dans notre étude. Le GMP moyen était de 790, ce qui est plus élevé que la moyenne nationale (estimée à 700 en 2011) (70). (cf. tableau 4).

Nous n'avons pas retrouvé d'études s'intéressant à l'association directe entre burnout et GMP. Par contre, cette variable est corrélée à la charge de travail : un patient « lourd » nécessite davantage de soins directs complexes.

Les écarts entre les différents GMP d'établissements étaient probablement trop faibles pour pouvoir démontrer une différence.

4.11 Nombre de décès par an dans l'EHPAD

Le nombre de décès par an par EHPAD n'est pas un facteur prédictif de burnout dans notre étude alors que c'est un facteur de risque décrit dans la littérature (12). La médiane du taux de décès dans notre étude (23% de décès par an) est comparable à la moyenne nationale (25%) (70).

Les résidents en fin de vie nécessitent des soins rapprochés et leurs familles une attention particulière, ce qui rend leur prise en charge plus complexe pour les soignants. D'autre part, la confrontation aux décès génère tension et souffrance psychique pour les soignants. Ce d'autant que les soignants s'autorisent peu à exprimer leur tristesse et ressenti après la disparition d'un résident (73). Alors que les soins entourant le décès sont particulièrement difficiles puisque le « don » des soignants n'entraîne plus de « contre don » de la part du résident mourant. C'est l'éclatement du lien soignant-soigné, qui produit un sentiment d'impuissance chez les soignant. D'autre part, la connaissance des différents rites funéraires, variables d'une culture à une autre permettrait d'aider le soignant dans son travail de deuil puisque ses propres pratiques entrent en confrontation avec celles des familles des résidents (73).

4.12 Temps de transmission entre deux équipes

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien entre la présence d'un temps de transmission et le burnout des soignants.

Pourtant, l'absence de temps de transmission entre deux équipes est un motif d'insatisfaction pour 53% des soignants (39). En effet, la présence d'un temps de chevauchement entre équipes est essentielle pour l'échange d'informations pratiques et pour évoquer les résidents difficiles de manière plus informelle. Il joue le rôle d'un débriefing émotionnel (29). Pour le confort des soignants, il est important que ce temps soit prévu dans l'organisation du travail.

Il serait intéressant, lors d'une prochaine étude, d'interroger les soignants sur leur souhait de bénéficier de ce temps de transmission dans leurs horaires de travail, en explicitant clairement la définition de ce qu'on attendrait d'un tel espace « temps prévu dans les horaires de travail mettant en présence au moins un soignant de l'équipe du jour effectuant des transmissions à l'équipe de nuit (et inversement) ? ». La question posée dans notre enquête était plus globale : « *Y a-t-il un temps prévu pour les transmissions entre 2 équipes?* ».

4.13 Formations

Ni le nombre de formations annuel ni la demande de formations supplémentaires ne sont des facteurs liés au burnout dans notre étude.

Le nombre annuel de formations est très faible (médiane à 1 formation par an pour les soignants) dans la population de l'étude. En revanche, les soignants sont en demande de formations supplémentaires : 86% d'entre eux souhaitent bénéficier de plus de formations (cf. tableau 5).

Un travail portant sur le burnout des soignants travaillant en services gériatriques rapportait que les soignants en burnout étaient plus souvent en demande de formations supplémentaires (61). Un nombre plus important de participants à l'étude aurait peut être pu mettre ce lien en évidence.

La formation continue est moins répandue chez les soignants d'EHPAD en comparaison des autres soignants (centres hospitaliers généraux et hôpitaux locaux) (36). Or la formation améliore la qualité des soins. Une étude parue en 2014 portant sur 26 000 infirmiers de 9 pays européens montre qu'un niveau d'étude faible des infirmiers augmente la mortalité des patients (26).

4.14 Nombre mensuel de réunions d'équipe

Dans notre étude, nous ne mettons pas en évidence de lien entre burnout et nombre mensuel de réunions d'équipe.

Dans la littérature, il est clairement décrit que l'absence de staff augmente le stress des soignants (25). La mise en place d'espaces d'échanges semble être une des mesures principales de prévention du burnout (15).

Il serait aussi intéressant d'analyser le contenu de ces réunions pour rechercher les éléments prédictifs ou protecteurs de burnout (description des différents participants, durée des réunions, sujets abordés...). Le nombre de réunions ne semble pas être un facteur discriminant à lui seul.

4.15 Groupes de parole

Nous ne retrouvons pas d'association entre existence d'un groupe de parole et burnout.

Plus de la moitié des soignants travaillent dans un EHPAD qui propose des groupes de parole.

Il a été montré que les groupes de parole améliorent les relations avec les collègues et les familles et donc la qualité de vie au travail (28).

De même que pour les réunions, l'efficacité d'un tel espace d'échange dépend de son contenu. Les soignants doivent notamment se l'approprier. Pour cela, un certain nombre de modalités ont été définies dans les recommandations d'expert de Nice-Saint Paul de Vence de 2011 sur la prévention du burnout des soignants (calendrier préétabli, jours fixes, participation libre, confidentialité absolue, liberté de parole, bienveillance...) (15). Il semble nécessaire de

respecter ces conditions pour assurer le succès de ces temps d'échanges (22). La question de l'animation de ces groupes est également importante et nécessiterait d'être posée lors de prochains travaux. Le psychologue appartenant à l'établissement n'est peut-être pas le mieux placé pour animer ce type de groupe.

4.16 Présence d'un psychologue au sein de l'EHPAD

La présence d'un psychologue à temps plein au sein de l'EHPAD, consultable ou non par les soignants n'est pas associée au burnout dans notre étude.

Ce résultat est concordant avec ce qui est décrit dans une étude portant sur 2889 salariés d'EHPAD (37).

On notera qu'un psychologue est présent dans tous les établissements participant à l'étude, avec des temps de travail variables. On pourrait s'attendre à ce que la présence d'un psychologue dans un EHPAD diminue le risque de burnout des soignants, mais on voit ici que cette condition n'est pas suffisante, même lorsque ce professionnel est consultable par les soignants. Il semble que la démarche de consulter un psychologue sur son lieu de travail pour évoquer une souffrance liée à celui-ci soit peu adaptée.

La mise en place de groupes de supervision animés par un psychologue extérieur à l'établissement pourrait être une piste à envisager, ce qui permettrait au psychologue de l'EHPAD de se consacrer à ses missions de soutien aux résidents et aux familles.

4.17 Consommation de tabac et d'alcool

Aucun lien entre consommation de tabac ou d'alcool et burnout n'est retrouvé dans notre étude.

Dans la littérature, ces toxiques sont pourtant associés aux risques psychosociaux liés au travail et en particulier au burnout (40). Dans l'étude PRESST, le tabagisme est plus fréquent chez les soignants dont le score d'épuisement professionnel est élevé (Odds ratio 1,35) (62).

Dans notre étude, la proportion de consommateurs de tabac et d'alcool est très faible en comparaison de la population générale (cf. tableau 6). En France, en 2010, selon l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (ou OFDT), la proportion de consommateurs réguliers de tabac (consommation quotidienne) est de 30% chez les 18-75 ans (13 % dans notre étude) et la proportion de consommateurs occasionnels d'alcool (moins de 3 fois par semaine, mais plusieurs fois dans l'année) est de 38 % contre 15 % dans notre étude. Deux éléments peuvent expliquer cet écart. D'une part, la plupart des soignants sont des femmes (90%). En 2010, selon l'OFDT, les femmes consommaient 3 fois moins de tabac de manière régulière que les hommes chez les 18-64 ans. D'autre part, on peut imaginer que les consommations ont été sous déclarées dans notre enquête. Certains questionnaires ont été remplis sur le lieu de travail, parfois en présence des collègues, avec un risque quant à la perte de la préservation de l'anonymat (74).

4.18 Consommation d'anxiolytiques ou d'hypnotiques

Nous ne retrouvons pas d'association entre la prise de traitement anxiolytiques au cours des 3 derniers mois et burnout dans notre étude.

Ce lien est pourtant décrit dans la littérature. Dans une étude portant sur 340 internes d'oncologie, la prise de médicaments anxiolytiques était statistiquement liée à des scores élevés de burnout (24). En 2010, 18% des 18-75 ans français déclarent avoir pris au moins un médicament psychotrope au cours des 12 derniers mois (10 % ont consommé un anxiolytique et 6 % un hypnotique (74). Les résultats de notre enquête sont donc comparables aux chiffres nationaux (14% avaient consommé un anxiolytique ou un hypnotique au cours des 3 derniers mois) (cf. tableau 6).

Ici aussi, la consommation a probablement été sous déclarée puisque le questionnaire était remis et parfois rempli sur le lieu de travail.

4.19 Arrêts maladie

Dans notre étude, nous ne retrouvons pas de lien entre arrêts maladie et burnout alors que cette association est décrite dans la littérature.

En effet, les salariés en burnout ont davantage de jours d'arrêts maladie et pour des périodes plus longues (53,54).

Dans notre étude, la proportion des personnes s'étant arrêtée au moins une fois au cours de l'année passée est comparable à celle des salariés français : 33% dans notre population de soignants versus 35 % dans l'enquête SUMER 2010, portant sur près de 47000 salariés français (53). Par contre, en termes de durée des arrêts maladie, les résultats diffèrent. Dans l'étude nationale, parmi ceux qui s'arrêtaient au moins 1 fois dans l'année, la moyenne du nombre de jours d'arrêts était de 17 jours. Dans notre étude, seuls 8 soignants (6%) déclaraient s'être arrêtés plus de 17 jours, ce qui est un faible échantillon pour mettre en évidence une corrélation avec le burnout.

D'autre part, le nombre de jours d'arrêts maladie a, peut être, été minimisé par les soignants par crainte ici aussi d'une levée de l'anonymat. Les arrêts sont en effet mal perçus par les collègues et les supérieurs. C'est d'ailleurs l'item où l'on observe la plus grande proportion d'absence de réponse : 14% de « non renseigné » (cf. tableau 6).

4.20 Autres facteurs non liés au burnout

Un certain nombre de facteurs sont décrits dans la littérature comme n'étant pas des facteurs de risque de burnout, ce qui a été confirmé par notre étude. Il s'agit du nombre d'enfants à charge, du temps de travail (temps plein ou temps partiel) et du choix du temps de travail par le soignant (37).

D'autres facteurs, non décrits dans la littérature, sont testés dans notre étude et ne sont pas associés au burnout. Ils avaient été recherchés après avis de professionnels de terrain. Il s'agit

du temps de trajet entre lieu de travail et domicile, de la pratique d'activités au sein de l'établissement en dehors des soins et du suivi médical du soignant.

5. Perspectives concernant le stress au travail

5.1 Avancées sur le plan législatif

- Plusieurs accords-cadres et projets de loi sur le sujet du stress au travail ont vu le jour ces dernières années. Voici quelques étapes d'évolution du cadre législatif :
 - 2008 : accord national interprofessionnel (fait suite à l'accord européen de 2004). Il propose des indicateurs pour dépister le stress au travail et un cadre pour le prévenir. La responsabilité de déterminer les mesures appropriées incombe à l'employeur (75).
 - Octobre 2009 : plan d'urgence pour la prévention du stress au travail. Celui-ci prévoit notamment que les entreprises de plus de mille salariés doivent proposer des négociations sur le stress au travail (5).
 - Fin 2009 : deuxième plan Santé au travail. Ce plan couvre la période 2010-2014 et fait de la prévention des risques psychosociaux un de ses axes majeurs (4).
 - Mars 2010 : accord sur le harcèlement et la violence au travail. Signé par les partenaires sociaux et les représentants des employeurs, il stipule qu'aucun salarié ne doit subir de violences ou de harcèlement dans le cadre de son travail. L'employeur a l'obligation d'assurer la sécurité de ses employés et de mettre en place les mesures nécessaires pour prévenir de tels actes (information et formation des employés, identification des actes violents et mesures de prévention) en s'appuyant notamment sur les services de santé au travail (médecine du travail et Comité d'Hygiène, de

Sécurité et des Conditions de Travail ou CHSCT). L'accord prévoit également un accompagnement des salariés victimes (69).

- Octobre 2013 : accord-cadre du 22 octobre 2013. Il engage les employeurs de la fonction publique à mettre en place un plan d'évaluation et de prévention des risques psychosociaux au sein de leurs services d'ici 2015 (76). Plusieurs outils ont été développés suite à cet accord par l'INRS ou par l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT) comme support du dépistage et de la prise en charge de ces risques.
- Décembre 2014 : une trentaine de députés lancent un appel dans le Journal Du Dimanche pour tenter de faire reconnaître le burnout comme maladie professionnelle. Ils suggèrent que soient ajoutés au tableau des maladies professionnelles la dépression suite à un épuisement profond et le stress post traumatique au travail (77).
- Concernant le souci de la qualité des soins en EHPAD :
 - Le dispositif PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie), projet mis en place dans neuf ARS pilotes depuis septembre 2013 a pour objectif une amélioration du parcours de santé des personnes âgées en perte d'autonomie (78). Au niveau des EHPAD, trois objectifs sont mis en avant en s'appuyant sur les partenariats avec les professionnels libéraux, les établissements de santé et les services médico-sociaux : faciliter le recours à l'hébergement temporaire pour permettre le retour ou le maintien à domicile, renforcer la pertinence des hospitalisations des résidents d'EHPAD et améliorer leur prise en charge. Le projet propose par exemple de faciliter la transmission d'informations entre les différents acteurs de santé intervenant autour de la personne âgée. Il suggère également une

astreinte infirmière la nuit et le week-end pour éviter les hospitalisations trop nombreuses (78). L'amélioration de la qualité des soins en EHPAD va de pair avec le souci de la santé des soignants y travaillant.

- D'autre part, pour mieux prendre en charge les résidents ayant des troubles du comportement et potentiellement agressifs (ce qui est un facteur de risque avéré dans notre étude), la mesure 16 du plan Alzheimer 2008-2012 prévoyait la mise en place dans les EHPAD d'un dispositif spécifique qui aboutirait à la création de Pôles d'Activités et de Soins Adaptés (PASA) et d'Unités d'Hébergement Renforcées (UHR). L'idée est d'accueillir les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ayant des troubles du comportement, en présence d'un personnel qualifié, formé, soutenu et ayant exprimé une volonté d'exercer auprès de ces malades dans un environnement architectural adapté et identifié par rapport au reste de la structure (79).

5.2 Moyens de prévention du burnout

5.2.1 Mesures de prévention individuelles et de prise en charge

Concernant la prévention du burnout, l'enjeu est de développer le dépistage de sujets épuisés ou à risque. La formation des soignants et des professionnels d'EHPAD à ce sujet est essentielle (15).

Pour la prise en charge des soignants épuisés, le principe est de recentrer la personne en souffrance sur elle-même, pour qu'elle s'épanouisse en dehors du monde professionnel : pratique de loisir, relaxation, sport...(19). L'équilibre entre vie familiale et vie professionnelle est fragilisé chez ces soignants : plus de la moitié des soignants considèrent que leur travail rend difficile la gestion de leurs responsabilités familiales (39).

L'aménagement des plannings des équipes permet de laisser des temps de récupération pour un meilleur équilibre vie professionnelle / vie familiale (12) et la pratique éventuelle de loisirs, facteur protecteur dans notre étude.

5.2.2 *Améliorer la communication entre instances dirigeantes et équipes*

Les directions d'EHPAD sont toujours assurées par un personnel administratif, dont la formation est parfois éloignée du champ sanitaire. Ceci peut être mal vécu par les soignants. Une étude américaine portant sur 1283 infirmiers travaillant en EHPAD montre que des consignes de travail provenant de personnes non professionnelles de santé est un facteur de stress (25).

Une bonne communication entre direction et équipe est nécessaire : les directives de l'institution doivent être explicitées pour permettre aux équipes de terrain d'en comprendre les objectifs et les enjeux, puis de se les approprier (15).

Les équipes devraient se sentir soutenues par leur direction. La qualité du soutien hiérarchique influence d'ailleurs également la satisfaction des patients. Une autre étude américaine portant sur 820 infirmiers et 621 patients montre que la satisfaction des patients est liée à un bon soutien administratif et hiérarchique aux infirmiers (43).

5.2.3 *Favoriser le travail d'équipe*

La notion de **soutien social** au travail apparaît régulièrement dans la littérature comme un facteur influençant la santé mentale des soignants (3,18,22,25,34,40). La qualité du travail d'équipe est donc primordiale dans la prévention du mal-être au travail. Ce d'autant plus qu'une organisation qui dégrade la qualité du travail d'équipe augmente le risque d'erreurs dans les soins (22).

- L'un des moyens de parvenir à cette bonne entente d'équipe est de veiller à la **clarté des rôles** et des missions de chacun. Cela permet d'éviter les confusions de tâches et les situations de tensions entre collègues (15).

- Certains défendent l'idée de « **management participatif** », introduite lors des recommandations d'expert de Nice-Saint Paul de Vence en 2011 pour lutter contre le burnout. Le principe est de prendre en compte les idées et suggestions de tous, pour que les intérêts de chacun soient considérés. L'objectif est de favoriser l'émergence de projets communs, d'encourager les prises de décision partagées et l'autonomie des soignants (12,15). Il s'agirait par exemple de mettre en avant les avis des aides-soignants lorsque l'on considère le projet de vie des résidents. Ils consacrent en effet plus de temps à leurs contacts que les infirmiers ou les médecins (29). Les soignants pourraient également participer à l'élaboration de protocoles internes, être inclus dans les réflexions autour des dysfonctionnements de structure ou participer au choix des sujets de formation (15).
- La création d'**espaces d'échanges** permet aussi d'impliquer les soignants et de prévenir leur épuisement. Ces échanges peuvent prendre plusieurs formes : staffs pluri-professionnels, groupes de parole institutionnels ou groupes Balint (15). Les staffs pluri-professionnels sont l'occasion d'une discussion autour de questions psychologiques et éthiques (22). Ils permettent de définir un projet de prise en charge globale et offrent un espace d'expression pour chaque soignant (15). La direction doit y assurer la garantie d'une liberté de paroles. Cette garantie est d'autant plus difficile à acquérir dans un milieu fortement hiérarchisé (29). Ces réunions permettent enfin une revalorisation des salariés (19).

5.2.4 *Changer les conditions de travail au sein des établissements*

Quelques pistes d'amélioration des conditions de travail sont proposées dans les différents travaux traitant du sujet du burnout chez les soignants.

- Limiter les interruptions de tâches qui majorent le stress ressenti au travail (15). De nombreux salariés se plaignent de travailler de façon discontinue. En 2010, 27 % des professionnels de santé européens (sur un échantillon de 44000 salariés) déclaraient être interrompus fréquemment dans leurs tâches (2).
- Prévoir des temps de chevauchement entre équipes (cf. ci-dessus).
- Augmenter les salaires des soignants pour une meilleure revalorisation du métier. Un salaire insatisfaisant est un facteur de risque de stress au travail reconnu (25,39).
- Pour diminuer la charge de travail des soignants :
 - Limiter le nombre d'heures de travail quotidien (66).
 - Augmenter les effectifs : le temps auprès du patient est amputé du fait du manque d'effectif de soignants. De nombreux auteurs prônent une augmentation des moyens (29).
 - Limiter les changements d'affectation trop fréquents : lorsqu'un soignant connaît un résident, les échanges se passent mieux et les soins sont facilités. Les changements d'affectation sont pourtant souvent mensuels (29).
 - Optimiser l'organisation architecturale du service : une organisation de service en îlot plutôt qu'en couloir est idéale. En effet, un poste de soins central favorise les échanges interdisciplinaires, minimise les temps de parcours dans les couloirs et permet de passer plus de temps avec les résidents. L'attribution d'un nombre suffisant de lève-malades dans l'EHPAD est également importante. Ils limitent le port de charges lourdes par les soignants et leur permettent d'être plus réactifs aux demandes des résidents. Lorsqu'un lève-malade est disponible, un aide-soignant peut

installer seul un résident au fauteuil s'il le souhaite, sans attendre qu'un collègue soit disponible pour l'aider au transfert (29).

La mise en place de toutes ces mesures collectives peut paraître complexe, notamment pour des raisons économiques, mais l'objectif est de tendre vers leur application.

V Conclusion

Les soignants d'EHPAD sont particulièrement à risque d'épuisement professionnel. Le manque de reconnaissance, la charge de travail, la pratique de tâches ingrates sont souvent mis en avant pour expliquer ce phénomène.

Notre étude révèle des facteurs de risque de burnout concordant avec la littérature comme l'antécédent d'agression au travail ou l'absence de pratique de loisirs. De nouveaux facteurs de risque tels que l'existence de protocoles au sein de l'établissement ou l'exercice en EHPAD privé à but lucratif ont aussi été retrouvés.

Parmi ces facteurs, ceux qui nous importent spécifiquement sont ceux pour lesquels des moyens de prévention existent.

La présence d'un protocole est prédictive de burnout chez les soignants. Ce résultat incite à se questionner sur les cadres imposés aux soignants et leur degré d'autonomie. En effet, le manque d'autonomie au travail est source de tension. D'autres travaux seraient utiles pour déterminer ce qui, dans un protocole, est générateur de stress. Un protocole formulé en termes d'objectifs (par exemple « assurer une évaluation régulière de la douleur chez les résidents ») et non en termes de moyens (« remplissage des Echelles Visuelles Analogiques ou Doloplus-2 tous les matins pour chaque résident ») permettrait peut-être de donner une plus grande autonomie aux soignants. L'inclusion des soignants dans la rédaction des protocoles pour une meilleure appropriation pourrait aussi s'avérer utile.

Nous avons également retrouvé que les soignants d'EHPAD privé à but lucratif étaient davantage sujets au burnout que ceux travaillant en EHPAD privé à but non lucratif / public. Nous n'avons cependant pas retrouvé de différences entre ces deux populations de soignants en dehors de la présence plus fréquente d'un psychologue à temps plein dans les EHPAD privé à but lucratif. Il serait pertinent de poursuivre les investigations pour mieux comprendre ce résultat.

Nous n'avons pas réussi à mettre en évidence de lien entre charge de travail des soignants et burnout alors qu'il s'agit d'un facteur de risque reconnu. Un questionnaire mal adapté au

niveau de compréhension des soignants a mené à un nombre important de réponses incomplètes, notamment sur les items liés à la charge de travail. Idéalement, un nouveau questionnaire élaboré au contact des soignants pourrait permettre d'infirmier ou confirmer nos résultats.

Ce travail réaffirme que la population de soignants d'EHPAD est à risque de burnout et permet d'en identifier les facteurs de risque. La prévention de l'épuisement professionnel des soignants passe par la mise en place de mesures collectives pour lutter contre ces facteurs de risque, mais également à l'échelle individuelle, par le dépistage des sujets à risque de burnout. Le médecin généraliste se déplaçant en EHPAD ou recevant des soignants travaillant en EHPAD au cabinet doit être sensibilisé à ce sujet afin de permettre un dépistage précoce et une prise en charge adaptée.

VI Annexes

1. Fonctionnement des EHPAD

1.1 Type d'EHPAD :

Les établissements pour personnes âgées peuvent relever de trois statuts différents :

- Les établissements **publics** peuvent être autonomes, rattachés à un établissement ou à une collectivité territoriale.
- Les établissements **privés à but non lucratif** sont rattachés à des fondations ou des associations.
- Les établissements **privés à but lucratif** sont rattachés à des sociétés ou à des personnes privées (7).

1.2 Financements des EHPAD (80)

Les ressources des EHPAD dépendent notamment de la tarification de trois prestations :

- Le tarif « **hébergement** » représente les frais d'hôtellerie, de blanchisserie, de restauration, d'animation. Il est en général entièrement à la charge du résident. Le Conseil général, sous conditions de ressources, peut prendre à sa charge ce tarif via l'aide sociale à l'hébergement.
- Le tarif « **dépendance** » recouvre le matériel, l'aide et la surveillance nécessaires à l'accueil de la personne dans le cadre de sa perte d'autonomie. Il est financé en partie par le Conseil général, avec un reste à charge du résident.
- Le tarif « **soins** » prend en compte les prestations médicales et paramédicales. Ces frais sont entièrement pris en charge par l'Assurance maladie.

Les frais de personnels sont également répartis par section tarifaire, comme décrit ci-dessous :

Personnel	Hébergement	Dépendance	Soins
Direction, administration	100 %	0 %	0 %
Restauration, services généraux	100 %	0 %	0 %
Animation, service social	100 %	0 %	0 %
Agents de service	70 %	30 %	0 %
AS / AMP	0 %	30%	70 %
Psychologue	0 %	100 %	0 %
Infirmier(e)s	0 %	0 %	100 %
Auxiliaires médicaux	0 %	0 %	100 %
Médecin	0 %	0 %	100 %
Pharmacie (à usage intérieur)	0 %	0 %	100 %

Financement des « soins » en EHPAD :

Pour déterminer le montant du forfait de soins attribués par l'ARS à chaque EHPAD, on utilise deux paramètres (80) :

- Le GMP (GIR Moyen Pondéré), correspond au niveau moyen de dépendance des résidents accueillis. Le GMP est déterminé à partir du référentiel national AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) qui définit 6 Groupes Iso-Ressources de niveau de dépendance ou GIR pour chacun des résidents.
- Le PMP (PATHOS Moyen Pondéré) reflète le niveau des soins médicaux et techniques requis par les résidents. Il est établi à partir de l'analyse transversale des besoins en soins requis, appelée « coupe PATHOS » (10). Il s'agit d'un modèle complexe qui nécessite l'utilisation de l'outil informatique (81). Pour chaque résident, on associe une pathologie et un profil de charge de soins attendus pour prendre en charge cette pathologie. Cela correspond globalement à la « gravité » des résidents.

1.3 Equipes

De nombreux professionnels travaillent en EHPAD :

- L'équipe médicale et soignante est composée de :
 - **Médecin coordonnateur.** Il n'est pas prescripteur d'actes médicaux, mais il coordonne les actions des différents professionnels de santé intervenant auprès des résidents.
 - **IDEC** ou cadre de santé. Il supervise l'équipe soignante.
 - **Infirmiers.** Ils analysent, organisent et réalisent les soins infirmiers dont les résidents ont besoin (préparation et distribution des médicaments, pansements, soins techniques...). Ils sont en général absents la nuit. Ils prennent en charge un nombre important de résidents car ils n'assurent pas l'accompagnement quotidien de proximité des autres soignants. Il faut 3 ans de formation pour obtenir le diplôme d'infirmier.
 - **Aides-soignants et AMP.** Ils assurent des soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Ils accompagnent les résidents dans leurs gestes quotidiens, leur assurent des soins de confort, réalisent les toilettes, aident pour la prise de repas et participent aux animations. La formation d'AMP est plutôt orientée vers l'accompagnement de proximité physique et psychique et le maintien des capacités cognitives des personnes âgées. Il faut respectivement 10 mois et 12 à 24 mois de formation pour obtenir le diplôme d'aide-soignant ou d'AMP.
 - **Auxiliaires de vie.** Ils assistent les personnes âgées dans les gestes de la vie quotidienne et favorisent le lien social. Il faut 12 mois de formation pour obtenir le diplôme d'auxiliaire de vie.
- L'équipe soignante peut également comprendre un kinésithérapeute, un ergothérapeute, un psychomotricien, un psychologue...
- l'équipe administrative : un directeur et des assistants de direction
- l'équipe d'animation
- l'équipe technique chargée de l'entretien des locaux, jardinage, travaux...

2. Questionnaire distribué aux soignants

25 à 50 % des soignants travaillant en EHPAD sont à risque de burnout (ou épuisement professionnel) Des conditions de travail difficiles avec des patients âgés fragiles et dépendants expliquent en partie que les soignants « craquent ».

Ce questionnaire, conçu dans le cadre de ma thèse de médecine générale, cherche à évaluer vos conditions et vos ressentis au travail.

Toutes les informations de cette étude sont confidentielles et seront traitées de manière anonyme. Merci d'y répondre le plus précisément et le plus honnêtement possible, sans oublier de questions!

A. Etat civil

- 1) Sexe : Femme Homme
- 2) Age :ans
- 3) Vous êtes : marié(e) / PACSé(e) /concubinage divorcé(e) célibataire veuf(-ve)
- 4) Nombre d'enfants : dont à charge :

B. Parcours professionnel

- 1) Profession : AMP AS Aux. de vie IDE autre
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous votre profession ?.....ans oumois
- 3) Depuis combien de temps exercez-vous en gériatrie ?.....ans oumois
- 4) Depuis combien de temps exercez-vous dans cet EHPAD?.....ans oumois

C. Caractéristiques du poste actuel

C.1 Horaires

- 1) Horaires de travail : Jour Nuit les 2
Temps plein Temps partiel à%
- 2) Avez-vous choisi votre temps de travail? Oui Non
- 3) Temps de trajet domicile/travail : minutes
- 4) Y a t-il un temps prévu pour les transmissions entre 2 équipes? Oui Non

C.2 Charge de travail

- 1) Nombre de résidents à votre charge : résidents.
- 2) Parmi ces patients, combien nécessitent : - plusieurs changes par jour (incontinents) :patients
- une aide totale pour la prise des repas:.....patients
- 3) Nombre d'heures de travail par jour : heures par jour.
- 4) Temps moyen de contact physique avec les patients:heures par jour environ.
- 5) Pratiquez-vous des activités dans l'EPHAD avec les patients hors des heures de soins ? Oui Non

C.3 Gestion des événements indésirables

- 1) Existe-t-il un protocole de prise en charge de la douleur? Concernant :
 - L'évaluation : Oui Non Ne sait pas
 - Le traitement : Oui Non Ne sait pas
- 2) Existe-t-il un protocole de gestion des conflits avec les familles? Oui Non Ne sait pas
- 3) Existe-t-il un protocole d'annonce de décès? Oui Non Ne sait pas
- 4) Au cours de votre exercice, avez-vous déjà été victime de violences, d'agressions physiques ou verbales de la part de :
 - Patients : Oui Non
 - Familles : Oui Non
 - Collègues ou supérieurs : Oui Non
- 5) Au cours de ces 12 derniers mois, combien de formations professionnelles avez-vous suivies?.....formations
- 6) Êtes-vous en demande de formations supplémentaires ? Oui Non

D. Votre santé

- 1) Fumez-vous du tabac? : Oui Non
 - Si oui cigarettes par jour, depuisannées environ.
- 2) Consommez-vous de l'alcool (bière, vin, whisky, vodka...)? Oui Non
 - Si oui.....verres par semaine ou.....verres par jour.
- 3) Pratiquez-vous une activité sportive régulière? Oui Non
- 4) Avez-vous une activité de loisirs régulière? Oui Non
- 5) Nombre de jours d'arrêt maladie depuis 1 an?.....jours
- 6) Avez-vous consommé somnifères/tranquillisants ces 3 derniers mois? Oui Non
- 7) Avez-vous consulté un médecin au cours de ces 12 derniers mois? Oui Non

A quelle fréquence ressentez-vous les propositions suivantes ?

Attention, pour que vos réponses soient utilisables, il faut répondre à TOUS les items.

Cocher la case correspondante (1 seule case par ligne) :

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

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

* revigoré (e), plein(e) de gaieté / de vigueur...

Merci d'avoir pris le temps de répondre.

Vous n'avez plus qu'à poster votre questionnaire en le glissant dans l'enveloppe fournie.

Ce dernier test permet d'évaluer votre niveau de risque de burnout. Je laisserai à votre disposition sa grille d'interprétation et quelques informations sur le sujet après avoir récupéré vos questionnaires.

Pour toute question, vous pouvez me contacter :
Avec le soutien du réseau de santé Agékanonix

Nadia Kandelman, burnout.ehpad@gmail.com

4. Interprétation du MBI

Total du Score d'Épuisement Professionnel (SEP)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 01. 02. 03. 06. 08. 13. 14. 16. 20

SEP =

Épuisement Professionnel	SEP < à 17	18 < SEP < 29	30 < SEP
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Dépersonnalisation / Perte d'empathie (SD)

Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 05. 10. 11. 15. 22

SD =

Dépersonnalisation	SD < à 5	6 < SD < 11	12 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

Total du Score Accomplissement Personnel (SAP)

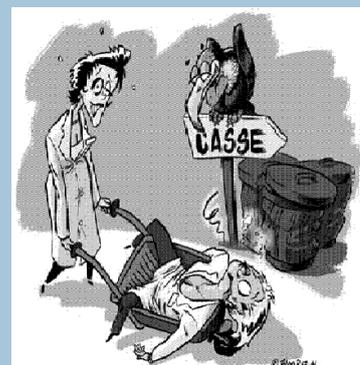
Additionnez les scores que vous avez obtenus aux questions 04. 07. 09. 12. 17. 18. 19. 21.

SAP =

Accomplissement Personnel	SAP < à 33	34 < SD < 39	40 < SD
	Degré faible	Degré modéré	Degré élevé

5. Affiche de sensibilisation à l'étude

Le burnout en EHPAD : qu'en pensez-vous ?



**Aidez-nous à mieux comprendre le burnout
des soignants pour mieux le prévenir**

**Nous avons besoin de votre participation!
Les résultats seront strictement confidentiels**

Pensez à renvoyer votre questionnaire avant le :

Nadia Kandelman, médecin généraliste
N'hésitez pas à me joindre : burnout.ehpad@gmail.com



Avec le soutien de



VII Bibliographie

1. Trontin C. Le coût du stress professionnel en France en 2007. INRS; 2007.
2. Parent-Thirion A. Fifth european working conditions survey. Eurofound; 2012.
3. Cursoux P, Lehucher-Michel M-P, Marchetti H, Chaumet G, Delliaux S. Syndrome de burnout: un «vrai» facteur de risque cardiovasculaire. *Presse Médicale*. 2012;41(11):1056–63.
4. Ministère du Travail, de la Solidarité et de la Fonction publique. Plan santé au travail 2010-2014.
5. Godefroy J-P. Le mal être au travail : passer du diagnostic à l'action. Sénat; 2010 Juillet.
6. Code de l'Action Sociale et des Familles. Livre III, Titre I, Chapitre III, Section 3. Contrats et conventions pluriannuels Article L 313-12 et Article D 313-15 et suivants.
7. ORS (Observatoire régional de santé). L'offre en établissements pour personnes âgées en Île-de-France en 2013.
8. Volant S. L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011. DREES n°877; 2014.
9. Pinville M. Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif à l'adaptation de la société au vieillissement. 2014 Juillet. Report No.: 2155.
10. CNSA. Les soins en EHPAD en 2013 : le financement de la médicalisation et le bilan des coupes PATHOS.
11. Bas P, Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. Plan solidarité grand âge. Juin, 2006.
12. Duquette A, Kérouac S, Sandhu BK, Ducharme F, Saulnier P. Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing. *Int J Nurs Stud*. 1995;32(5):443–56.
13. Schaufeli W, Enzmann D. The burnout companion to study and practice: A critical analysis. CRC press; 1998.
14. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99–113.
15. Colombat P, Altmeyer A, Barruel F, Bauchetet C, Blanchard P, Colombat P, et al. Syndrome d'épuisement professionnel des soignants. *Oncologie*. 2011 Dec 15;13(12):845–63.
16. Brühlmann T. Burnout et dépression—chevauchement, délimitation. *Forum Med Suisse* 2010; 10: 148. 2010.

17. Nyklíček I, Pop VJ. Past and familial depression predict current symptoms of professional burnout. *J Affect Disord.* 2005;88(1):63–8.
18. Cherniss C. *Staff burnout: Job stress in the human services.* Sage Publications Beverly Hills, CA; 1980.
19. Barbier D. The burnout syndrome of the caregiver. *Presse Medicale Paris Fr* 1983. 2004;33(6):394.
20. Pines AM, Keinan G. Stress and burnout: The significant difference. *Personal Individ Differ.* 2005;39(3):625–35.
21. TRUCHOJ D. Exigences professionnelles et implication au travail: leur rôle dans l'émergence du burnout. *Comport Organ-Vol 2 Justice Organ Enjeux Carr Épuisement Prof.* 2006;2.
22. Estryne-Behar M, Lassaunière J-M, Fry C, de Bonnières A. L'interdisciplinarité diminue-t-elle la souffrance au travail? Comparaison entre soignants de toutes spécialités (médecins et infirmiers) avec ceux exerçant en soins palliatifs, en onc-hématologie et en gériatrie. *Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique.* 2012 Apr;11(2):65–89.
23. Gandoy-Crego M, Clemente M, Mayán-Santos JM, Espinosa P. Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009 Mar;48(2):246–9.
24. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, Dewas S, Pointreau Y, Rodrigues M, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer.* 2010;46(15):2708–15.
25. Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc.* 2007 Jan;8(1):8–13.
26. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet.* 2014;383(9931):1824–30.
27. Cocco E, Gatti M, de Mendona Lima CA, Camus V. A comparative study of stress and burnout among staff caregivers in nursing homes and acute geriatric wards. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2003 Jan;18(1):78–85.
28. Rebelo A. *Interêt des groupes de parole en long et moyen séjour.* Paris 6; 1997.
29. Estryne-Behar M. La souffrance au travail en gériatrie. *Comprendre et agir.* 2013 Jan;XX(191-192):6–27.
30. Karasek Jr RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;285–308.

31. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-Life Care of the Geriatric Patient and Nurses' Moral Distress. *J Am Med Dir Assoc.* 2012 Jan;13(1):80.e7–80.e13.
32. Hazif-Thomas C. Burnout et soignants : un risque inépuisable ? 2011 Oct;181–7.
33. Estryn-Behar M, Le Nezet O. Insuffisance du travail d'équipe et burnout; deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière. *Soins Cadres.* 2006;10:2–14.
34. McGilton KS, Tourangeau A, Kavcic C, Wodchis WP. Determinants of regulated nurses' intention to stay in long-term care homes. *J Nurs Manag.* 2013;21(5):771–81.
35. Gosseries O, Demertzi A, Ledoux D, Bruno M-A, Vanhauzenhuyse A, Thibaut A, et al. Burnout in healthcare workers managing chronic patients with disorders of consciousness. *Brain Inj.* 2012 Nov;26(12):1493–9.
36. Estryn-Behar M. La situation professionnelle des accompagnants dans les établissements accueillant des personnes âgées ou handicapées. 2007 février;32(2):95–110.
37. Fouilly M. Conditions de travail et santé des salariés dans les maisons de retraite. Lyon; 2011.
38. Courty B. Risque d'épuisement professionnel chez les soignants en gériatrie : une approche centrée sur la personne. *Psychol NeuroPsychiatr Vieillesse.* 2004;2(3):215–24.
39. Estryn-Behar M. Santé, satisfaction au travail et abandon du métier de soignant. Etude PRESST-NEXT. Partie 1. 2004.
40. Niedhammer I, Goldberg M, Leclerc A, David S, Bugel I, Landre M-F. Psychosocial work environment and cardiovascular risk factors in an occupational cohort in France. *J Epidemiol Community Health.* 1998;52(2):93–100.
41. Nyberg ST, Fransson EI, Heikkilä K, Ahola K, Alfredsson L, Bjorner JB, et al. Job strain as a risk factor for type 2 diabetes: A pooled analysis of 124,808 men and women. *Diabetes Care.* 2014;37(8):2268–75.
42. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136(5):358–67.
43. Vahey DC, Aiken LH, Sloane DM, Clarke SP, Vargas D. Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care.* 2004;42(2 Suppl):II57.
44. Buzgova R, Ivanova K. Violation of ethical principles in institutional care for older people. *Nurs Ethics.* 2011 Feb 1;18(1):64–78.
45. Reader TW, Gillespie A. Patient neglect in healthcare institutions: a systematic review and conceptual model. *BMC Health Serv Res.* 2013;13:156.

46. Compagnon C. La maltraitance « ordinaire » dans les établissements de santé. Étude sur la base de témoignages. 2009.
47. McDonald L, Beaulieu M, Harbison J, Hirst S, Lowenstein A, Podnieks E, et al. Institutional Abuse of Older Adults: What We Know, What We Need to Know. *J Elder Abuse Negl.* 2012 Apr;24(2):138–60.
48. World Health Organization. The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. 2002 Nov.
49. World Health Organization. A Global Response to Elder Abuse and Neglect : building primary health care capacity to deal with the problem worldwide : main report. WHO Library Cataloguing; 2008.
50. Holué C. Maltraitance en établissement : les personnes âgées requièrent votre attention. 2013 avril;(28):22–7.
51. Borteyrou X, Paillard E. Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. *NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie.* 2014;14(81):169–74.
52. Daloz L, Bénony H. Burnout et maltraitance dans la relation soignante. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2005 Mar;163(2):156–60.
53. Lesuffleur T, Chastang J-F, Sandret N, Niedhammer I. Psychosocial factors at work and sickness absence: Results from the French National SUMER Survey. *Am J Ind Med.* 2014;57(6):695–708.
54. Borritz M. Burnout as a predictor of self-reported sickness absence among human service workers: prospective findings from three year follow up of the PUMA study. *Occup Environ Med.* 2006 Feb 1;63(2):98–106.
55. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009;374(9702):1714–21.
56. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci Can Sci Comport.* 1994;26(2):210.
57. Langevin V. INRS, Maslach Burnout Inventory (MBI). *FRPS 26. Réf En Santé Au Trav.* 2012 Sep;(131):157–9.
58. Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du burnout à l'aide de l'instrument MBI. *L'Encéphale.* 2007 Dec;33(6):947–53.
59. Lee RT, Ashforth BE. A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *J Appl Psychol.* 1996;81(2):123.
60. Ernst M. Le syndrome de burnout des internes de médecine générale de la faculté de médecine de Strasbourg : prévalence et analyse d'entretiens. Strasbourg; 2009.
61. Baur N. Le burnout ou epuisement professionnel des soignants en milieu hospitalier gériatrique. Enquête dans des services gériatriques de court, moyen et long séjours. Faculté de médecine de Strasbourg; 1999.

62. Estryng-Behar M, le Nezet O, Bonnet N, Gardeur P. Comportements de santé du personnel soignant: Résultats de l'étude européenne Presst-Next. *Presse Médicale*. 2006;35(10):1435–46.
63. Cocco E. How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 2010;6:66.
64. De Puy J. Conséquences à long terme de la violence physique au travail. 2013.
65. Estryng-Behar M, Duville N, Menini M-L, Camerino D, Le Foll S, le Nézet O, et al. Facteurs liés aux épisodes violents dans les soins: Résultats de l'enquête européenne Presst-Next. *Presse Médicale*. 2007;36(1):21–35.
66. Griffiths P, Dall'Ora C, Simon M, Ball J, Lindqvist R, Rafferty A-M, et al. Nurses' shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Med Care*. 2014 Nov;52(11):975–81.
67. Agence régionale de santé. Etat de santé et inégalités sociales et territoriales : éléments de diagnostic francilien. 2011.
68. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192–207.
69. Accord du 26 mars 2010 sur le harcèlement et la violence au travail.
70. KPMG. Observatoire des EHPAD. 2014.
71. Morin T. Le revenu salarial des femmes reste inférieur à celui des hommes. *INSEE Première*. 2013 Mar;(1436).
72. Girgis A, Hansen V, Goldstein D. Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer*. 2009;45(3):393–9.
73. Soares M. La souffrance du soignant autour de la mort en EHPAD. *Lettre de psychogériatrie*. 2011.
74. OFDT. Drogues, chiffres clés. 5ème édition. 2013 Juin.
75. Ministère du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville. Accord national interprofessionnel relatif au stress au travail. 2008 Juillet.
76. Ministère de la décentralisation et de la fonction publique. Mise en oeuvre du plan national d'action pour la prévention des risques psychosociaux dans les trois fonctions publiques. 2014 Mar.
77. Nicot M. L'appel des députés pour la reconnaissance du burn out. *Journal du dimanche*. 2014 Décembre.

78. Ministère des affaires sociales, de la santé et du droit des femmes. Parcours santé des aînés (PAERPA) : fiche pratique à destination des établissements. 2014.
79. Direction générale de l'action sociale. DGAS. Cahier des charges relatif aux PASA et UHR pour une prise en charge adaptée en EHPAD et en USLD des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée et présentant des troubles du comportement. 2009.
80. Destais N. Financement des soins dispensés dans les EHPAD - Évaluation de l'option tarifaire dite globale. 2011 Oct.
81. Ducoudray J-M. Le modèle « PATHOS » Guide d'utilisation 2012. CNSA.

Risk factors of burnout among caregivers working in nursing homes.

ABSTRACT

Background : “Burnout Syndrome” (hereafter called ‘burnout’) occurs frequently among nursing home caregivers, and has strong detrimental effects on the quality of health care.

Objectives : Our objectives were a) to assess the level of burnout in nursing home caregivers and b) to evaluate the relationship between degree of burnout and potential risk factors in this population.

Methods : We used an observational survey approach to study burnout in nursing home caregivers. The survey was used to quantify burnout level (Maslach Burnout Inventory) and potential risk factors, and was implemented from October 2013 to April 2014. “Burnout” was defined by high scores on either *emotional exhaustion* or *depersonalization*. A logistic regression was used to determine the association between burnout and its risk factors.

Results : 360 questionnaires were delivered in 14 nursing homes. The response rate was 37% (132/360) and 124/132 (94%) surveys were analyzed. The burnout rate was 40 % (49/124). The risk factors identified were : presence of protocols (death announcement [OR:3,7; p=0.01] and pain assessment [OR:2,8; p=0.04]), working in a profit-making establishment [OR:2,6 ; p=0.02] and the antecedent of bullying by a patient [OR:6,2 ; p=0.02]. Factors most negatively associated with burnout included: practicing pastimes [OR:0,4; p=0.03] and working as a nurse [OR:0.3; p=0.04].

Conclusion : In this high-risk population of healthcare professionals, screening and management of risk factors is crucial for preventing burnout. In our sample population, the strongest predictors of burnout were working in profit-making nursing homes and the presence of protocols. Further investigation would be required to better understand the broader generality of this trend and the reasons for this observed association.

KEY WORDS : nursing home, burnout syndrome, occupational health, caregivers

PERMIS D'IMPRIMER

VU :

VU :

Le Président de thèse
Université Paris Diderot – Paris 7
Professeur Agathe Simon-Raynaud

Le Doyen de la Faculté de Médecine
Université Paris Diderot - Paris 7
Professeur Benoît Schlemmer

Date 12.02.2015



Service de Gériatrie
Pr. RAYNAUD-SIMON
Secrétariat : 01 40 25 73 69 - Fax 01 40 25 85 60
C.H.U. BICHAT CL. BERNARD
46, RUE HENRI HUCHARD - 75877 PARIS CEDEX 18

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Pour le Président de l'Université Paris Diderot - Paris 7
et par délégation

Le Doyen



Benoît SCHLEMMER

Facteurs de risque de burnout chez les soignants travaillant en EHPAD

RESUME

Introduction : la prévalence du burnout (ou épuisement professionnel) est élevée chez les soignants travaillant en EHPAD. Cet état a des effets délétères sur la santé du soignant et sur la qualité des soins.

Objectifs : mesurer le taux de burnout, identifier ses facteurs de risque et évaluer le degré d'association entre ces facteurs et le burnout mesuré dans cette population.

Matériel et méthodes : étude observationnelle portant sur les soignants d'EHPAD du territoire du réseau de santé Agékanonix (nord des Hauts-de-Seine). D'octobre 2013 à avril 2014, un auto-questionnaire évaluant le niveau de burnout (Maslach Burnout Inventory) et ses facteurs prédictifs a été distribué. Un niveau de burnout élevé était défini par l'obtention d'un score élevé pour l'une des deux dimensions du MBI *épuisement émotionnel* ou *dépersonnalisation*. Une analyse par régression logistique a été réalisée pour rechercher le degré d'association entre le niveau élevé de burnout et ses facteurs prédictifs.

Résultats : sur 360 questionnaires distribués dans 14 EHPAD, 132 (37%) ont été remplis et 124/132 (94%) ont pu être exploités. Le taux de burnout était de 40% (49/124). Les facteurs de risque de burnout étaient la présence de protocoles (annonce de décès [OR:3,7; p=0.01] et évaluation de la douleur [OR:2,8; p=0.04]), le travail en EHPAD privé à but lucratif [OR:2,6 ; p=0.02] et l'antécédent d'agression par un résident [OR : 6,2 ; p=0.02]. Les facteurs protecteurs de burnout étaient la pratique d'un loisir [OR:0,4; p=0.03] et la profession d'infirmier [OR:0.3; p=0.04].

Conclusion : Dans cette population à risque, le dépistage et la prise en charge des facteurs de risque est primordiale pour la prévention du burnout. Le travail en EHPAD à but lucratif et l'existence de protocoles de soins semblent être des facteurs de risque de burnout. Une étude complémentaire serait nécessaire pour en expliquer les causes.

MOTS-CLES

EHPAD, burnout, syndrome d'épuisement professionnel, stress au travail, santé au travail, équipe soignante