

Syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Groupe de travail

**P. Colombat (oncologue médical), A. Altmeyer (psychologue),
F. Barruel (psychologue), C. Bauchetet (cadre de santé),
P. Blanchard (radiothérapeute), P. Colombat (oncologue médical),
L. Copel (oncologue médical), G. Ganem (oncologue radiothérapeute),
M. Rodrigues (oncologue médical), M. Ruzniewski (psychologue)**

Présentation du syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS)

Définition et évaluation

Le SEPS encore parfois appelé *burn out* peut se définir de multiples manières. Nous utiliserons le terme SEPS dans la suite du texte de manière préférentielle sachant que ces deux termes sont synonymes.

En 1974, Herbert Freudenberger a été le premier à décrire un « état causé par l'utilisation excessive de son énergie et qui provoque le sentiment d'être épuisé et d'avoir échoué », l'année suivante. M. Coyne expose pour des professionnels du sauvetage et des urgentistes une « attitude cynique, insensible et négative vis-à-vis des personnes qu'ils prennent en charge ».

C'est finalement à D. Bédard et A. Duquette que l'on doit une définition très utilisée du SEPS, s'appliquant aisément au monde des soignants, il s'agit d'une « expérience psychologique négative vécue par un individu, liée au stress émotionnel et chronique causé par un travail ayant pour but d'aider les gens » [8].

L'outil le plus utilisé pour dépister cette détresse a été développé par C. Maslach et S.E. Jackson en 1981 [32]. Il s'agit d'un questionnaire de 22 questions qui regroupe trois dimensions (détaillé en Annexe A) :

- l'épuisement émotionnel : celui-ci se caractérise par une incapacité à accueillir une émotion nouvelle avec des moments d'explosions émotionnelles (pleurs ou colère). Il n'y a pas d'amélioration après le repos (week-end ou vacances) ;
- la déshumanisation de la relation à l'autre : c'est le noyau dur du syndrome ; il s'agit d'un détachement, et d'une sécheresse relationnelle se traduisant de diverses manières : un langage purement scientifique, cynique, considérant le malade comme un objet, une chose ou un numéro de chambre... Au pire cette déshumanisation peut entraîner de la maltraitance ;
- la perte de sens et de l'accomplissement de soi au travail : c'est le sentiment de ne pas être efficace, surtout dans sa relation à l'autre. On retrouve une perte du sens des missions du soignant et un sentiment de culpabilité. Elle peut entraîner une démotivation, un absentéisme ou un manque de rigueur (accident d'exposition au sang, lumbago, fautes professionnelles...).

Ces trois dimensions sont indépendantes. Il ne s'agit pas d'une triade diagnostique et l'on peut avoir une atteinte importante d'une dimension sans aucune répercussion sur une des autres. Il s'agit d'un phénomène dynamique (possibilité d'évolution d'une dimension à l'autre) qui peut être « contagieux » au sein d'une équipe.

Par ailleurs, ce syndrome peut atteindre un sujet normal (sans psychopathologie préalable), mais il peut dans un deuxième temps être à l'origine de véritables troubles psychiatriques : anxiété, dépression, addiction, risque suicidaire...

Épidémiologie

De nombreuses études ont évalué l'épuisement professionnel des soignants en cancérologie. Les instruments de mesure utilisés pouvaient varier selon les études, mais le Maslach Burnout Inventory (MBI) est utilisé majoritairement. Il en ressort que 20 à 40 % des personnels soignants et 35 à 60 % [37 ; 50] des médecins présentent un épuisement professionnel. Les études spécifiques aux internes et étudiants de médecine réalisées aux États-Unis trouvent des taux plus élevés, entre 50 et 76 % [17]. L'étude française, menée en 2009 sur 340 internes d'oncologie médicale, oncologie radiothérapie et d'hématologie (taux de réponse 60 %), a retrouvé un taux de SEPS de 44 %, qui correspondait à 26 % d'épuisement émotionnel (EE) et 35 % de dépersonnalisation (DP). Dix-huit pour cent des internes interrogés avaient un score élevé dans les deux dimensions testées (EE et DP). Il n'y avait pas dans cette étude de différence entre les trois spécialités [5]. Une étude comparative réalisée en cancérologie chez des infirmières, des médecins et des internes a montré que les internes étaient plus à risque d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation, tandis que les infirmières étaient plus à risque d'avoir un faible accomplissement personnel [28]. La principale étude française transdisciplinaire en oncologie a été publiée par Lissandre et al. Elle a étudié 236 soignants et retrouvé des taux de SEPS de 38 % chez les médecins, de 24,5 % chez les infirmières et de 35,2 % chez les aides soignantes [31].

Dans une méta-analyse récente sur données publiées [46], les résultats de dix études ont été

compilés. Ces études regroupaient des enquêtes utilisant le MBI comme instrument de mesure, et les personnels soignants étudiés étaient des médecins, des infirmières et des aides soignantes. Au total, la prévalence globale du SEPS est rapportée selon les trois composantes :

- épuisement émotionnel : 36 % (intervalle de confiance (IC) 95 % : 31–41) ;
- déshumanisation : 34 % (IC 95 % : 30–39) ;
- perte de l'accomplissement personnel : 25 % (IC 95 % : 16–34).

Il est important de noter que compte tenu de la construction de l'échelle du MBI, cette prévalence d'un tiers est « attendue ». En effet initialement, les seuils des scores du MBI ont été choisis pour diviser la population en trois tiers « à risque faible, modéré ou sévère » de SEPS. Il est donc « logique » d'avoir environ un tiers des gens dans le « tiers supérieur »... Il est particulièrement important de repérer les études où les taux sont très élevés (cf. étudiants et internes de médecine notamment), mais le plus utile reste l'étude des facteurs associés, car ce sont les leviers sur lesquels on peut agir pour faire diminuer le taux de SEPS.

Présentation clinique du SEPS

Le syndrome d'épuisement professionnel dans sa construction et son processus est fondé sur trois piliers principaux :

- les émotions relatives à la souffrance et à la mort, rencontrées dans le cadre de la pratique professionnelle du soignant et qui produisent de fortes sollicitations mentales ;
- l'incompréhension souvent source de conflits ;
- la tension et la pression ressenties notamment entre objectifs d'efficacité et d'humanité et décalage des organisations en regard des nécessités.

Quatre phases ont été identifiées dans le processus de souffrance au travail :

- la phase d'investissement où le travail permet un épanouissement professionnel et a des incidences positives sur la vie personnelle du soignant. Ce temps peut conduire le professionnel à un processus de surinvestissement ;
- la phase d'évitement apparaît lorsque le travail ne permet plus de combler tous les manques, la fatigue se fait alors sentir ;
- la phase d'apathie se présente sous la forme d'un questionnement chez le soignant. Il s'interroge sur son efficacité personnelle, le sens et la valeur de son travail ; il doute ;
- la phase de frustration avec apathie chronique correspond à un épuisement émotionnel avec sentiment de grand vide intérieur. Le professionnel adopte une attitude de repli sur lui-même qui le conduit à une fuite par rapport au travail et aux collègues.

L'épuisement professionnel entraîne un état de fragilité psychologique et physique intense qui ne permet plus au soignant d'assumer les fonctions liées à son rôle professionnel. Les conséquences psychosociales touchent quatre sphères de la personnalité :

- les troubles psychosomatiques se caractérisent chez le soignant par céphalées, fatigue, hypertension, insomnie, troubles gastriques. Ces phénomènes physiologiques peuvent contribuer à des dysfonctionnements d'équipe dus aux fragilités au travail des personnes en état d'épuisement professionnel. Ce sont des symptômes qui ont des répercussions sur la place du soignant dans l'équipe ;
- les troubles affectifs entraînent une dépréciation de soi, un repli ou une agressivité et conduisent à des ruptures relationnelles au sein de l'équipe soignante et à des décalages dans les projets à mener ;
- les troubles comportementaux sont l'absentéisme, la toxicomanie, l'irritabilité et l'automédication. Ces attitudes chez le soignant engendrent une instabilité dans l'équipe au niveau organisationnel et relationnel. Ils peuvent également générer des troubles affectifs et de couple ;
- les troubles cognitifs affectent la concentration, l'attention, la mémorisation. Le soignant éprouve plus profondément la notion de risque et la peur de se tromper.

Facteurs de risque

Certains facteurs sont liés à l'individu (âge, vie en couple ou non, sexe, nombre d'enfants, durée d'expérience professionnelle, insuffisance de formation). Leur influence dans le SEPS est variable selon les publications. Nous allons envisager les principaux facteurs de stress.

Liés à la discipline

Métier de relation d'aide : « devoir » donner face à la mort, face à la souffrance, face à l'échec des traitements. Ces facteurs diffèrent selon la profession proprement dite (infirmière, cadre, médecin). Par exemple, dans une étude italienne menée dans des services d'oncologie [7], les difficultés de l'approche éthique sont ressenties plus fortement par les médecins que par les infirmières (35 contre 19 %).

Sensation de « débordement » : la difficulté à « vivre la mort » s'est accrue ces dernières décennies. Les pressions de l'entourage, des médias, des autres soignants, du niveau des procédures nécessaires s'ajoutent à celles liées au malade proprement dit [8].

Mécanismes d'adaptation à la discipline : l'exercice de l'oncologie est-il possible pour « tous » les soignants ? Dans une étude faite chez les infirmières [36], l'épuisement professionnel est significativement plus important chez les infirmières n'ayant pas choisi cette discipline ; en revanche, 57 % des infirmières ayant choisi l'oncologie sont heureuses

de rester dans leur service. Le choix de rester dans cette discipline pour les médecins est aussi fondamental [5].

Liés à la quantité de travail

La *quantité de travail* (« surcharge de travail ») est un facteur de risque important reconnu [5]. Dans une étude turque, les oncologues travaillent entre 40 et 70 heures par semaine et voient environ 30 malades par jour [1]. Dans l'étude australienne déjà mentionnée, un temps de contact avec les patients supérieur à 31 heures par semaine est un facteur significatif d'épuisement émotionnel, mais un temps de contact avec les malades inférieur à dix heures est un facteur de déshumanisation [22].

L'*inclusion* peut s'y associer : c'est le sentiment de ne pas pouvoir faire tout ce qu'il y a à faire dans un temps donné ; elle peut participer à un réel manque d'efficacité lié au stress généré et un ressenti de « mal faire » qui se surajoute. La sensation de surcharge peut accentuer le ressenti sur le manque de temps d'échanges, mais est à dissocier de la quantité de travail objective.

Liés aux conditions de travail

Conditions de travail : les moyens techniques et humains apparaissent au premier plan dans une étude récente menée en Turquie [1]. La déshumanisation de la relation à l'autre semble plus importante chez les médecins (15,6 %), et la perte de l'accomplissement de soi au travail est de niveau élevé chez 100 % des soignants (médecins et infirmières). Ces constatations sont considérées par les auteurs comme prioritairement liées aux insuffisances de moyens, aux conditions financières et à l'environnement social. L'expérience australienne, où les conditions de travail sont meilleures, est quasiment opposée [22] : alors que l'épuisement émotionnel est élevé, la déshumanisation est minime et surtout un haut niveau d'accomplissement professionnel est observé chez 57 % des soignants. Une plus grande reconnaissance du rôle de chacun, une moindre solitude, un plus grand soutien et une meilleure communication avec l'ensemble de l'équipe sont aussi beaucoup plus développés.

Organisation proprement dite du travail en équipe : en dehors des moyens, travailler ensemble en oncologie ne va pas de soi. L'ambiguïté des tâches et des rôles, leur interruption fréquente et leur fragmentation sont des « stressseurs » quotidiens. Le ressenti d'une insuffisance de participation à l'organisation générale du service, les difficultés, voire l'impossibilité de planifier ses congés et ses repos [22], les relations conflictuelles avec les autres membres de l'équipe soignante et administrative, entre collègues, les freins à la communication liés à la « pyramide » hiérarchique sont aussi sources de pression [8]. Le manque de temps d'échanges, de soutiens formalisés et de formation pour tenter de s'adapter à ces difficultés sont aussi incriminés.

Liés au management

Le type de management est un facteur de risque propre de SEPS. Il influence la qualité de vie au travail des soignants, la satisfaction au travail et in fine la qualité des soins. L'influence du type de management dans le SEPS est développée au chapitre *Mesures collectives au sein d'une équipe*.

Tous ces facteurs de risque sont des facteurs sur lesquels les solutions potentielles sont à rechercher.

Processus psychiques en jeu

Il s'agit de développer dans cette partie les aspects propres au SEPS vu « de l'intérieur », c'est-à-dire du point de vue psychique, pour approfondir la compréhension. Nous définirons d'une part les aspects psychiques en jeu chez le professionnel concerné par le SEPS, et d'autre part, nous préciserons les aspects psychologiques relatifs au lien du professionnel avec l'institution. Voici quelques-uns des différents mouvements psychiques engagés dans le SEPS :

Des mécanismes d'identification et de défense dans les processus de soins [40]

Ce qui se dégage de manière prioritaire dans la pratique clinique des soignants, c'est le fait que ces derniers sont « victimes » d'identification au malade. Parfois sans y faire attention, ou par « effet de surprise ». Comme ce médecin qui raconte : « *j'ai ouvert le dossier d'une malade, je savais qu'elle était médecin, mais j'ai surtout été choqué, car je suis tombé sur sa date de naissance qui à un jour près est la mienne* ».

L'identification est un mécanisme assez particulier. Ses effets peuvent prendre un caractère d'étrangeté et de flou. Tel chez ce médecin : « *ça ne va pas trop, je suis mal à l'aise avec les patients, j'hésite... Pourtant, franchement, la « psy » ce n'est pas mon truc, je ne suis pas du genre à trop m'écouter. D'habitude j'aime mon travail. Mais là je ne sais pas, il y a quelque chose qui cloche depuis quelque temps, je n'y arrive plus tout seul.* »

En ce cas, le soutien d'un autre, qui contribuera à l'élaboration, est essentiel. Il s'agit pour le soignant, dans l'après-coup, de découvrir ce qui a été refoulé, à savoir sa vulnérabilité essentielle : « cet autre malade pourrait être moi, donc je suis mortel » [41].

Quelles qu'en soient les formes, on constate que ce processus d'identification est délétère pour la relation de soin qu'il obstrue, tant qu'il n'est pas réajusté par une prise de conscience du soignant et un repositionnement de celui-ci.

Des expériences de désillusion

Les réalités professionnelles ne sont pas conformes aux attentes et à l'idéal conçu par le sujet. Les soignants y réagissent diversement en fonction de leurs ressources immédiates : désinvestissement et dépression, ou déploiement de volonté et surinvestissement, déshumanisation...

Des besoins inaboutis d'affiliation se manifestent, « sur le modèle de parents qui reconnaissent un enfant », et motivent des demandes de reconnaissance tournées vers l'institution [14].

De la honte et de la culpabilité de ne pas réussir à « faire mieux » s'expriment, et/ou de ne pas réussir là où les autres ont échoué [49]. Cette dimension témoigne clairement du désir de toute-puissance.

Des problématiques de reconnaissance dans la relation au monde du professionnel et pas seulement au travail

Les processus de reconnaissance sont nécessaires pour le développement de l'individu, y compris dans l'univers professionnel où ils peuvent participer à la consolidation de l'identité personnelle [33].

Les troubles fonctionnels divers sont souvent présents comme répétition d'une recherche de reconnaissance [43].

Parfois, l'insuffisance de ce sentiment de reconnaissance dans le parcours personnel de certains les conduit à en être très demandeurs dans leur environnement professionnel. L'intensité de leur attente en toute situation produit une exigence faite à l'institution qui pourra alors dépasser les possibilités de réponses de celle-ci en matière de reconnaissance.

Quoi qu'il en soit, les professionnels ont besoin d'être reconnus en tant que personnes avant même d'obtenir une reconnaissance professionnelle. Par exemple, un agent dont le travail consiste à livrer eaux, papeterie et autres se sent humilié, méprisé quand en retour il n'y a aucun merci, aucune considération. Il se sent nié comme sujet dans son travail, et au-delà dans la société. Cela reflète son sentiment de négation comme sujet et dans la société en général.

C'est sa reconnaissance en tant que sujet sur son lieu de travail qui lui redonnera une place de sujet à ses propres yeux.

Les soignants ont besoin d'être considérés comme des sujets et non comme des « objets de travail ». Comme tout sujet, ils nécessitent un lien avec l'autre, qui ne soit pas de l'ordre de « l'utilisation ».

- Une remise en question des valeurs personnelles qui bouleverse : certaines croyances ne peuvent plus être maintenues, et en particulier, il n'est plus possible de croire en l'invincibilité de ses capacités, ce qui peut produire de l'effondrement ;
- une méconnaissance par le sujet de ses fantasmes, de sa volonté de toute-puissance, et de son fonctionnement de manière plus large ;
- une confusion pour le sujet entre :
 - la perception de son engagement ;
 - son activité ;
 - son rôle et ses statuts ;

- ses attentes ;
- les besoins de l'institution.

Cette confusion génère un malaise considérable et elle doit faire l'objet d'une clarification incontournable et essentielle dans le travail de soutien individuel.

Lien psychique du professionnel à l'institution

Le professionnel de santé manifeste des attentes légitimes, mais parfois chimériques, qui ne trouvent pas de réponse. Il projette alors la négativité sur l'institution, laquelle y réagit comme elle peut, avec ses propres mécanismes de défense.

S'il est fondamental que l'institution s'interroge sur ses pratiques, de son côté, le sujet ne peut se contenter soit d'accuser l'institution ou de se remettre en question itérativement avec honte et culpabilité, il doit aussi interroger sa relation à l'institution. Il serait trop simple de considérer que « l'institution est malade » ou que « le sujet est malade ». C'est le lien entre les deux qu'il est essentiel de parvenir à interroger, car le SEPS apparaît comme une « pathologie du lien ».

Il faut l'envisager dans une approche psychodynamique du travail qui prend en compte les processus intersubjectifs mobilisés par les situations de travail [15]. Du coup, le soutien individuel du professionnel relèvera autant d'une remise en question de lui-même que de sa relation avec l'institution.

Prévention du SEPS et recommandations

Le SEPS est donc un facteur d'altération de la qualité de vie du soignant, d'absentéisme, de dégradation de la qualité des soins. Il est essentiel de sensibiliser les unités d'oncologie et d'hématologie à cette problématique.

Si l'on suit le modèle de la cancérologie, on peut identifier deux temps principaux de prévention :

- la prévention primaire consistant à prévenir le risque de SEPS au sein d'une équipe ;
- la prévention secondaire qui est synonyme de dépistage. Le SEPS doit être reconnu au plus tôt afin d'éviter la contagion au sein de l'équipe.

La prévention primaire passe par deux types de mesures : les mesures collectives au sein de l'équipe d'une part et les mesures individuelles d'autre part. L'approche globale inclut le management d'équipe et l'organisation du travail ; l'approche individuelle comprend la recherche de pistes de « ressourcement », les formations individuelles, la recherche de soutien auprès de son entourage ou de professionnels.

La prévention secondaire passe par l'identification précoce des professionnels en souffrance et leur accompagnement.

Nous verrons donc successivement ces deux approches.

Recommandations d'experts :

Le SEPS est facteur d'altération de la qualité de vie du soignant, d'absentéisme, de dégradation de la qualité des soins. Il est essentiel de sensibiliser les unités d'oncologie et d'hématologie à cette problématique.

La prévention primaire consiste à prévenir le risque de SEPS au sein d'une équipe. Deux types de mesures peuvent être mises en place : les mesures collectives et individuelles.

La prévention secondaire est synonyme de dépistage. Le SEPS doit être reconnu au plus tôt.

Mesures collectives au sein d'une équipe

Analyse des données de la littérature

Impact sur la qualité de vie

Nous n'avons retrouvé dans la littérature qu'une seule étude qui a pu montrer une relation entre le type de management et la qualité de vie au travail des soignants de services d'oncohématologie [35]. Un questionnaire comprenant les caractéristiques personnelles et environnementales au travail des professionnels de santé, la mesure du soutien social perçu, du stress perçu, des stratégies de coping et de la qualité de vie au travail, a été proposé aux professionnels de santé. Cinq cent soixante-quatorze questionnaires ont fait l'objet d'une analyse au regard des variables psychosociales explorées.

Les résultats montrent que le management des services d'oncohématologie est en relation avec la qualité de vie au travail des soignants et de ses composantes (soutien social, stress perçu, coping), en particulier le besoin de temps et de reconnaissance, l'importance de la formation (en soins palliatifs, douleur, relation d'aide), la prise en compte des besoins des patients et de leurs proches, le fonctionnement en interdisciplinarité (communication, réunions interdisciplinaires, interventions extérieures [psychologue, bénévoles]).

Les soignants participant à la recherche font face au stress perçu avec des stratégies de coping efficaces à long terme (recherche de soutien social, résolution de problèmes) plutôt qu'avec des stratégies de coping centrées sur l'émotion (évitement), leur permettant de développer une bonne qualité de vie. Le besoin de reconnaissance dispensé par les pairs, la hiérarchie et les médecins, lorsqu'il est perçu insuffisant, constitue le stress social le plus important influençant le niveau de qualité de vie au travail.

Impact sur la satisfaction au travail

En restant dans le champ de l'oncologie, Graham et al. [23] ont montré les relations existant entre la satisfaction au travail et les composants « épuisement émotionnel » et « accomplissement personnel » du score MBI.

Nous avons donc essayé de retrouver dans la littérature les facteurs organisationnels ayant été décrits comme influençant la satisfaction au travail. Dougherty et al. [18] démontrent une relation entre le stress au travail et le manque de soutien par l'institution et le manque perçu de moyens mis à leur disposition. Liakopoulo et al. [30] montrent que la clarté des rôles au sein de l'équipe diminue l'épuisement émotionnel et améliore l'accomplissement personnel. Barnard et al. [3] montrent, dans une étude réalisée auprès d'infirmières australiennes travaillant en Oncologie, que le soutien au travail vient beaucoup plus des collègues que de la hiérarchie ou de supports organisationnels. Enfin, l'étude la plus intéressante est rapportée par Cummings et al. [13] qui ont étudié la relation entre le management et la satisfaction au travail de 515 infirmières travaillant dans des services d'oncologie au Canada. Ils montrent que le type de management, notamment la relation entre les médecins et les infirmières, permet d'améliorer les réunions, l'autonomie des infirmières, leur participation aux décisions d'organisation, la mise en place d'innovations et la gestion des conflits. Cela aboutit à une amélioration de leur satisfaction au travail.

Il n'existe également que peu de données de la littérature en dehors du domaine de l'oncologie. Estryn-Behar et Le Nezet [19], en rapportant l'étude Press next, citent le constat de SHADER et al. [44] comme quoi moins il y a de cohésion d'équipe et de satisfaction, et plus le stress au travail et l'intention de changer de travail sont élevés. De même, la qualité des relations quotidiennes entre infirmiers et médecins influence fortement le moral et le maintien dans l'établissement des infirmiers [39]. L'autonomie, le contrôle sur son travail, l'expertise clinique ainsi que les relations entre infirmiers et médecins sont corrélés avec un environnement professionnel favorable [21].

Très récemment, Gunnarsdottir et al. [24] utilisant l'échelle Nursing Work Index Revised (NWI-R), récemment validée dans sa version française [6] et le MBI, ont montré que la satisfaction au travail, l'épuisement émotionnel et la qualité des soins évaluée par les infirmières étaient influencés par le soutien perçu de la hiérarchie, l'adéquation des réunions et la qualité des relations entre infirmières et médecins.

Impact sur la qualité des soins

L'impact sur la qualité des soins n'a été démontré que dans peu d'études toutes en dehors de la cancérologie. Vahey et al. [47] ont rapporté une étude simultanée auprès de 820 infirmières et 621 patients de 40 unités de soins américaines. Les patients pris en charge dans les unités décrites par les infirmières comme ayant un effectif adéquat, un bon soutien de l'administration et de bonnes relations entre médecins et infirmiers ont été plus du double à déclarer une haute satisfaction des soins par rapport à ceux des autres unités. Par ailleurs, les infirmiers de ces unités ayant une bonne organisation et des relations

internes satisfaisantes avaient significativement moins de SEPS : ainsi, l'amélioration de l'environnement professionnel peut réduire simultanément le SEPS et le turnover tout en augmentant la satisfaction des patients.

Très récemment, Van Beek et al. [48] décrivent une relation entre une culture de clan des équipes caractérisées par une forte cohésion, une bonne participation et le sens de l'intérêt commun et la qualité des soins perçue par les soignants et observée par les chercheurs.

Dynamique de service

Importance du climat de travail

Si le SEPS justifie des mesures préventives individuelles, il requiert, **au niveau institutionnel, une approche collective adaptée aux causes.**

Bonne relation au sein de l'équipe

Le climat de travail dans le groupe est un élément essentiel. En effet, comme nous l'avons vu précédemment la relation médecins-soignants a une incidence forte sur la satisfaction professionnelle. Quand elle est bonne, cela augmente le moral et le dynamisme des soignants et favorise leur stabilité en poste. Il s'agit donc de favoriser la qualité de l'ambiance de travail au sein de l'équipe. Pour cela, il nous semble important de créer une forte cohésion entre les professionnels, il y a différents moyens pour y parvenir :

- favoriser la communication au sein du groupe ;
- inciter au travail d'équipe par la démarche projet ou les réunions de service ;
- développer et prendre en compte les prises de décisions partagées ;
- accepter les particularités individuelles et encourager les pratiques professionnelles incluant la subjectivité et l'intersubjectivité.

Tout cela ne peut avoir lieu que si l'impulsion est donnée par un binôme soudé cadre-chef de service.

La communication du groupe ouverte permet l'expression de tous les corps professionnels. Elle n'est cependant pas innée et nécessite qu'une équipe accepte tous les dialogues possibles et les remises en question.

Le fonctionnement pyramidal ne favorise pas l'expression de tous les personnels qui, frustrés, n'ont pas la capacité de dialoguer d'égal à égal et risquent de ne pas développer leurs compétences propres.

Une autre communication est possible et souhaitable qui intègre **la reconnaissance** des personnes et des différentes approches du soin. Elle suppose que les valeurs fondamentales relatives à **l'éthique de groupe** telles que le respect mutuel, la tolérance, la confiance et l'écoute de l'autre soient instaurées comme règles essentielles du groupe.

Des valeurs peuvent se heurter, des concepts différents se télescoper, seul leur exposé conduit à les unifier ou du moins peut permettre la recherche d'un consensus ce qui suppose que toutes les expressions soient possibles dans le groupe. Il s'agit de **favoriser les prises de décisions collégiales** lors des staffs pluridisciplinaires par exemple. Cela va permettre de partager tous les points de vue autour de problématiques centrées sur les patients et de placer tous les soignants à un même niveau d'information qui aidera à la décision partagée.

Enfin, il est nécessaire au sein du groupe, de conserver la capacité à s'indigner contre la déshumanisation afin de préserver la dignité du « sujet malade », du « sujet proche » et du « sujet soignant ».

Reconnaissance et valorisation

Fondamentales pour tout humain et plus encore dans ces professions confrontées aux difficultés extrêmes du « prendre soin », force est de constater que ces pratiques de reconnaissance et valorisation sont peu manifestées à l'égard des soignants.

Il est à noter que la pratique de la reconnaissance ne ressemble pas nécessairement à une approbation ou à des félicitations. L'image classique qui en existe dans les institutions est souvent de : « broser dans le sens du poil ». Outre le fait que cette image produit chez certains un sentiment désagréable d'hypocrisie et/ou de « s'abaisser à », elle est aussi particulièrement réductrice. En effet, la reconnaissance de l'autre suppose de considérer l'individu tel qu'il est, avec ses qualités propres, ses ressources, mais aussi avec ses limites, en dehors d'un jugement de valeur bien sûr.

Il est essentiel que cette reconnaissance soit exprimée aux professionnels, sachant qu'elle permet une valorisation nécessaire pour un travail de qualité. La hiérarchie occupe une place importante dans la reconnaissance des capacités des soignants à y faire face, cette reconnaissance doit être dite et valorisée. D'autres moyens existent cependant, comme par exemple présenter un concours pour un prix, réaliser une publication, exposer son travail dans un congrès...

La reconnaissance institutionnelle est un autre moteur de progression pour une équipe.

Elle est un facteur de dynamisation de la motivation d'autant plus important que les situations de SEPS entraînent inmanquablement des crises de démotivation préjudiciables à la qualité du service rendu.

Restaurer la motivation et l'envie de réinvestissement passe par la mobilisation des ressources personnelles en positivant le travail accompli et les résultats obtenus, mais aussi en proposant de nouvelles responsabilités en autonomie (participation aux prises de décision) et/ou en encourageant les initiatives.

Les formations extérieures sont à encourager, elles apportent des compétences nouvelles et un autre

regard (à condition qu'elles ne soient pas annulées au dernier moment pour problèmes intercurrents, ce qui serait vécu comme une injustice supplémentaire).

Autonomie des rôles

Il est essentiel de valoriser l'autonomie des équipes infirmières en s'appuyant notamment sur leur rôle propre qui leur donne des prérogatives liées à leur formation et domaine de compétences.

Le modèle français de diplôme d'État infirmier est assez spécifique en ce sens qu'il fait appel à une polyvalence des connaissances et champs d'action qui est un atout fort de la collaboration. Cela confère aux IDE une singularité et une expertise (largement plus étendues que dans d'autres pays fonctionnant davantage sur un système de gradients plus complexe).

Soutien des collègues

Il est primordial pour les soignants (médecins inclus) d'avoir un soutien informel au sein même de l'équipe, de pouvoir exprimer leurs sentiments, émotions (tristesse, frustration...), ainsi que de partager les échecs et les succès. Ce soutien peut être informel (soutien de couloir), ou organisé (tutorat). Les études soulignent bien le fait que la satisfaction au travail et un fort soutien perçu dans le milieu de travail sont associés à une réduction du stress et l'épuisement professionnel [20].

Les soignants ont tous besoin **du soutien de leurs pairs** : on retrouve dans les actions de tutorat et de compagnonnage ce soutien, mais il n'est pas toujours formalisé et reconnu institutionnellement alors qu'il est extrêmement valorisant pour celui qui le met en place permettant ainsi une intégration facilitée des moins expérimentés.

L'accueil des nouveaux arrivants par tutorat pendant plusieurs semaines doit leur apporter les connaissances sur la typologie des patients qu'ils vont prendre en soins. Il est particulièrement aidant en ce qu'il permet de rencontrer les difficultés sans en avoir la charge technique et émotionnelle isolément. **La relation à l'autre** ne s'improvise pas ; elle nécessite une profonde réflexion associée à l'expérience sur ce que l'on peut apporter comme soignant et comment le faire. Or, les jeunes soignants sont souvent démunis face à des aspects relatifs à la souffrance et à la mort, plus faciles à aborder dans le cadre d'un accompagnement.

Le « soutien de couloir » quant à lui, tire son nom du lieu où il prend naissance : le couloir du service, mais cela peut évidemment être une salle de soins... Il s'agit d'un lieu informel, où beaucoup de choses peuvent se dire de manière spontanée et sans que ce temps soit identifié ni cadré en apparence. Ce soutien n'est souvent pas énoncé comme tel et il est vécu comme une simple discussion autour d'un café ou entre deux portes. Les soignants ont souvent du mal à exprimer leur besoin d'aide et ce type de **discussion plus informelle** peut leur permettre de se livrer,

de décharger une émotion trop forte, d'échanger ou de s'interroger avec d'autres membres de l'équipe, notamment le psychologue ou les professionnels de l'équipe mobile de soins palliatifs.

Relations entre institution et services de soin

L'impact des lourdeurs administratives et le poids des pressions qu'elles engendrent sont une raison supplémentaire et quotidienne de l'aggravation du risque de SEPS. Les multiples directions obligent à mettre en place des mesures dont les logiques sont souvent très différentes des logiques soignantes, notamment elles sont principalement gestionnaires et comptables et s'intéressent peu ou pas aux préoccupations des professionnels de terrain, ou aux problématiques humaines pourtant incontournables.

La succession de ces projets institutionnels fait que les projets d'équipe ne trouvent pas toujours la place de s'élaborer et de se mettre en place. Les frustrations et l'impression de « ne pas y arriver » entraînent un risque de démotivation et un sentiment d'incompétence face aux demandes. L'évaluation et les notations des personnels dépendent de leur participation à ces projets, ce qui augmente le stress en cas d'incapacité à les mener. Les relations directions-services de soin sont trop souvent d'ordre vertical, et directement soumises au poids hiérarchique sans possibilités de décisions prenant en compte les acteurs de terrain concernés.

Cela peut créer des incompréhensions majeures dans le fonctionnement quotidien. L'évaluation du personnel passe également par des variables simplement quantitatives (nombre de patients pris en charge par les infirmières, nombre de consultations par an, taux de patients inclus dans les essais thérapeutiques...). L'absence de prise en compte des aspects qualitatifs et le manque de temps auprès des patients renforcent la frustration des soignants et le mécontentement des patients. Comment imaginer qu'un médecin disposant de 15 minutes pour une consultation avec un patient atteint d'un cancer évolué puisse bien le prendre en charge et qu'un dispositif complémentaire d'équipe ne soit pas nécessaire pour compléter son action ?

Recommandation d'experts

Les relations direction-services de soins

Les directives de l'institution doivent être communiquées de manière à permettre aux équipes de terrain d'en comprendre les objectifs et enjeux (objectif humain, équilibre financier, etc.).

Elles doivent rechercher à l'échelle de l'établissement et/ou des services, la mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés (y compris les patients et/ou leurs représentants) de manière à ce qu'ils s'approprient les mesures et en définissent une application appropriée à leur contexte.

Principes d'organisation pratique

De manière générale, il semble que plus l'organisation du travail est souple, plus elle permet des « aménagements favorables à l'économie psychosomatique individuelle » et donc, préserve la santé psychique et la satisfaction au travail. L'impossibilité pour le professionnel d'apporter des aménagements sur ce point génère de la souffrance [15].

Horaires, remplacements, rotations

L'hôpital travaille en contexte contraint, la **démographie infirmière et médicale** est une préoccupation, la tarification à l'acte oblige à des remaniements du fonctionnement : ces problématiques influent sur la qualité de PEC des patients et augmentent les pressions sur les soignants.

Les **rythmes de travail, les rotations horaires, le travail de nuit** sont des obligations de service public auxquelles il est difficile de se soustraire : il appartient au cadre de santé de veiller à l'équité de ces obligations avec la plus grande justice et sans favoritisme.

Il est nécessaire que la programmation des vacances et/ou du temps libre soit possible, afin de contribuer à l'épanouissement personnel.

Les remplacements au « pied levé » toujours vécus comme stressants seraient peut-être moins inquiétants si des formations transversales anticipées sur le pôle étaient mises en place.

Choix du lieu d'exercice et accès à la mutation choisie

Nous avons vu précédemment que travailler en oncologie ou en hématologie est très particulier. Les professionnels de la santé sont confrontés à un travail complexe où les situations palliatives se mêlent à un travail extrêmement technique. S'ajoutent la surcharge de travail, les symptômes mal contrôlés et la gestion des proches de plus en plus difficile.

Il est donc important que les soignants puissent choisir de travailler dans de tels services et ne soient pas bloqués quand ils demandent à changer d'affectation. Il est essentiel pour un soignant en souffrance de pouvoir accéder à une mutation et rassurant pour les autres membres de l'équipe de ne se sentir liés à vie à un service !

Clarté des rôles et cohérence des demandes

La clarté des rôles n'est pas toujours bien définie, ce qui entraîne des confusions de tâches. Il semble évident que les compétences et responsabilités doivent s'accorder avec les missions précises de chacun. La législation n'a pas d'ambiguïté en ce domaine, seules les (mauvaises) habitudes de services perdurent au risque de mettre en danger les personnels et les patients.

Il apparaît souvent que des **demandes contradictoires** soient faites à l'infirmière en la mettant ainsi dans un dilemme qu'elle ne peut résoudre : la légitimité de la demande n'est pas toujours claire (exemple des prescriptions médicales discordantes).

La cohérence oblige à une concertation anticipée et logique pour ne pas placer le soignant qui reçoit cette demande dans une situation où il ne peut rien décider.

Limiter les interruptions de tâches

Il apparaît que **les soignants sont fréquemment interrompus au cours de leur travail** (téléphone, demande de collègue, patient famille...) [19] [38]. On peut imaginer facilement qu'un soin ou un entretien interrompus ne bénéficient pas de la même qualité : le professionnel est déconcentré, il y a risque d'erreur ou d'oubli, le patient se sent en insécurité. Il convient donc d'analyser les causes d'interruption pour y trouver des solutions.

Des **réunions d'organisation** clarifiant les rôles, attributions de tâches et missions précises, et définissant les priorités sont à mettre en place. Elles responsabilisent les acteurs de soins dans le domaine qui leur est dévolu et doivent nécessairement être discutées collectivement et approuvées par tous.

On pourrait imaginer de confier son téléphone, changer de bureau, indiquer sur la porte « ne pas déranger », organiser des astreintes téléphoniques...

Il est essentiel, au sein d'un travail judicieusement organisé collectivement, de préserver avec souplesse la possibilité d'aménagements individuels des professionnels.

Recommandations d'experts

Au sein du service (équipes médicales et paramédicales)

1- Favoriser la cohésion du groupe en :

- renforçant la communication au sein du groupe ;
- incitant au travail d'équipe par la démarche projet ou les réunions de service ;
- déterminant une éthique du groupe (respect, tolérance, confiance, écoute de l'autre, humilité et valorisation du travail de chacun) ;
- favorisant les temps d'échanges informels ;
- accueillant les nouveaux professionnels par un tutorat permettant l'intégration sans stress ;
- permettant l'expression des émotions et le partage des succès ;
- encourageant et valorisant les initiatives ;
- permettant des aménagements individuels des mesures collectives.

2- Définir le rôle de chacun en :

- veillant à la clarté des rôles ;
- veillant à la concordance entre compétences et missions ;
- proposant de nouvelles responsabilités en autonomie ;

- limitant les interruptions de tâches (confier le téléphone, changer de bureau, organiser des astreintes téléphoniques).

3- Favoriser l'émergence de projets communs en :

- encourageant la collaboration du binôme cadre-chef de service ;
- favorisant les prises de décisions partagées.

Au sein de l'institution

En encourageant la prise de décision commune entre équipes médicales, paramédicales, administratives et direction, quant à la détermination des objectifs du projet d'établissement et des moyens mis en œuvre pour y parvenir.

Managérat participatif et ses différentes composantes

La fonction de manager est bien délicate car souvent décriée, or les cadres souffrent également de manière importante de SEPS. Aux prises avec des logiques contradictoires, leur management doit pourtant être attentif aux individualités dans une approche collective basée sur la bienveillance et l'équité. Cela nécessite une adaptation permanente des différents styles de management possibles selon les équipes et les situations (informatif, directif, délégué, participatif).

La particularité du management participatif est de prendre en compte les idées et les suggestions de tous. Ainsi, il aménage des solutions qui prennent en compte les intérêts mutuels de l'équipe. Il repose sur :

- la démarche projet qui apportera reconnaissance, valorisation, dynamisation, fédération et responsabilisation ;
- la création d'espaces d'échanges qui apportera reconnaissance, communication et fédération ;
- la formation interne qui permet le développement des compétences et développe la notion d'accomplissement.

Recommandation grade C :

Le management participatif impacte la qualité de vie au travail des soignants.

Trois composantes peuvent être distinguées :

- la démarche projet qui apporte reconnaissance, valorisation et responsabilisation ;
- la création d'espaces d'échanges qui apporte reconnaissance et communication ;
- la formation interne qui apporte cohésion et valorisation.

Démarche projet

Elle consiste, à partir d'un constat de dysfonctionnement ou d'un besoin, à mettre en place un groupe de travail pluriprofessionnel chargé de proposer des pistes de réflexion et de faire des propositions d'amélioration de manière consensuelle. Cette démarche projet peut s'inscrire dans une approche plus globale de projet de service. Elle relève de la méthodologie suivante.

Bilan préalable

Avant la démarche projet, il semble important de faire une étude préalable :

- le projet est-il réaliste et réalisable ? Est-ce le bon moment ?
- Quel est le climat d'équipe ? Y a-t-il des leaders identifiés ?
- A-t-on prévu des temps dédiés au projet et bien évalué le rapport temps/bénéfices ?
- Aborder et atténuer les résistances : peur du changement, remises en question des compétences, repenser les fonctionnements, luttes de pouvoir ;
- modes de communication du groupe pilote et de l'équipe à évaluer : prises de parole de tous les participants, traçabilité des décisions ;
- principes favorables à l'émergence du projet : pas de stigmatisation d'une catégorie soignante, mettre en place des coresponsabilités, mise en évidence des bénéfices attendus ;
- s'inspirer de « l'ailleurs » : confronter les aspects humains, matériels et organisationnels ;
- pratiquer la valorisation pour mieux fédérer : constat sans jugement des limites et performances de soi et des autres, ne pas être dans la complaisance, mais s'appuyer sur les valeurs et qualités intrinsèques individuelles et collectives.

Limites

Il ne peut être exercé pleinement que dans une équipe mature et responsable. Par ailleurs, cette démarche étant inscrite dans le temps, certaines contraintes comme l'exigence d'immédiateté ou le turnover peuvent être une limite pour appliquer cette démarche.

Quand il est possible, c'est le management le plus dynamique, celui qui permet le mieux l'expression et le partage, où l'aspect relationnel du travail et de prise en compte de chacun est prépondérant.

Bilan des besoins

C'est la première étape. Elle consiste à faire un inventaire oral avec l'ensemble de l'équipe ou une enquête anonyme permettant de recenser tous les points à discuter pour améliorer le fonctionnement de l'équipe et la prise en charge globale des patients et de leurs proches.

Mise en place des groupes de travail

À partir des items recensés, ceux-ci seront classés et regroupés en grands thèmes qui feront l'objet de groupes de travail. Tous les thèmes recensés seront traités et le nombre de groupes de travail adapté à la taille de l'équipe.

Il est important que les responsables soient de catégories professionnelles différentes pour une représentation de tous.

Étapes de la démarche projet

- **Choix du problème** : soit par la hiérarchie, soit démarche en groupe ;
- **définition du problème** : analyse du problème, reformulation et définition des objectifs à atteindre ;
- **recherche des causes** : lister les causes, sélectionner celles qui seront traitées ;
- **recherche de solutions** : lister les solutions possibles, les trier et choisir la meilleure ;
- **mise en œuvre** : proposer et présenter la solution retenue. La mettre en œuvre si elle est acceptée. Définir et assurer le suivi.

Recommandation d'experts

1^{re} composante du managéral participatif : la démarche projet

En cas de constat de dysfonctionnement ou de besoin, une démarche projet peut être mise en œuvre. Parmi les conditions de mise en œuvre, on note :

- des responsables de groupes de travail de catégories socioprofessionnelles différentes ;
- une nécessité de bonne communication au sein de l'équipe ;
- propositions des groupes de travail régulièrement validées par l'ensemble de l'équipe ;
- projet limité dans le temps ;
- que l'équipe ait l'assurance que les décisions prises soient appliquées (engagement des managers) ;
- managers présents et garants du bon déroulement du projet.

Création d'espaces de communication au sein de l'équipe

Objectifs

Un principe essentiel du managéral participatif est de créer des espaces d'échanges qui permettront à chacun de s'exprimer, d'être écouté et de participer à un échange d'idées dans le but :

- d'une reconnaissance des professionnels ;

- de l'amélioration de la communication au sein des services ;
- de fédérer les équipes et d'apprendre à travailler en pluriprofessionnalité et/ou interprofessionnalité ;
- de définir un projet (prise en charge, soutien, organisation, protocole...) accepté par tous, car discuté par tous.

Certaines qualités apparaissent donc indispensables :

- l'écoute ;
- le respect permanent de chacun au quotidien ;
- l'estime de l'autre ;
- l'humilité amenant à considérer que les regards croisés sont plus pertinents qu'un seul regard.

Recommandation d'experts

2^e composante du managéral participatif : les espaces d'échanges

Conditions de réussite :

- que les personnes participant à la réunion soient les personnes concernées par le problème ;
- que chacun puisse s'exprimer, que chaque intervention soit écoutée et respectée ;
- qu'il y ait volonté de recherche de solution commune et qu'ainsi, la solution retenue tienne compte des remarques de chacun ;
- que la décision soit expliquée si nécessaire.

Staffs pluriprofessionnels

Il s'agit à l'évidence des espaces d'échanges les plus importants à mettre en place au sein des services. Leur objectif est de définir un projet de prise en charge globale des patients et de leurs proches par une meilleure analyse des besoins grâce aux regards croisés des participants de ces staffs (aides-soignantes, infirmier(e)s, médecins et autres soignants) issus des différentes composantes des soins oncologiques de support et des soins spécifiques si cela est encore approprié.

En dehors de la définition d'un projet de prise en charge globale passant par un projet de soins et un projet de vie, ces espaces d'échanges permettent aussi d'optimiser et d'avoir un retour sur l'information faite aux patients et aux proches et de prendre des décisions éthiques (limitations de traitements, limitations d'examens complémentaires, non-passage en réanimation...) selon les recommandations de la loi Léonetti et de sociétés savantes, notamment celles de la Société française d'hématologie [4].

Si ces staffs apparaissent indispensables pour la bonne prise en charge des patients et des proches, il faut également noter qu'ils sont obligatoires depuis les circulaires de mars 2002 [9], juin 2004 [10], 2008

[11] pour les patients en soins palliatifs et qu'ils sont inclus dans la mesure 13 à des critères d'accréditation des établissements de la V2010 de l'HAS [26], l'une des cinq mesures prioritaires, qui rend obligatoire la mise en place de la démarche palliative dans tous les services de soins : ils sont ainsi obligatoires dans les services d'hématologie et de cancérologie depuis 2009.

Ils doivent être organisés par unités de soins. Pour être efficaces et possibles, ils ne doivent pas durer trop longtemps. La définition préalable des malades complexes dont la situation est à aborder est sans nul doute la meilleure solution.

Nous avons vu qu'il était important que chaque soignant en charge du malade et de ses proches puisse s'exprimer. À cet effet, nous préconisons un ordre de parole commençant par l'aide-soignante, puis l'infirmier(e), puis le(s) médecin(s), puis les intervenants des soins de support. En tout état de cause, il nous paraît essentiel de favoriser l'expression de tous, et en particulier de ceux qui n'ont pas de facilité à la prise de parole.

Ils permettent aussi d'évaluer les besoins des patients en soins de support (soutien psychologique, assistante sociale, équipe douleur, équipe de soins palliatifs, diététicienne, kinésithérapeute ou ergothérapeute, art-thérapeute, socioesthéticienne...), de programmer le temps infirmier de consultation d'annonce pour les patients hospitalisés sans consultation préalable, de cibler les patients pouvant bénéficier de la venue des bénévoles accompagnants, de prévoir un schéma de retour à domicile en faisant le bilan des personnes ressources nécessaires, de vérifier l'adéquation des choix de traitement.

Recommandation d'experts

Parmi les différents types d'espaces d'échanges, on peut identifier **les staffs pluriprofessionnels** :

- **obligatoires pour les patients en soins palliatifs (mesure 13a du Plan cancer) ;**
- **réguliers, de préférence hebdomadaires ;**
- **regroupant tous les soignants du service et les professionnels des soins de support ;**
- **permettant d'améliorer l'information aux patients et aux proches, de définir un projet de prise en charge globale, de prendre les décisions éthiques ;**
- **permettant à l'aide-soignant(e) et à l'infirmier(ère) de donner son point de vue avant le médecin.**

Groupes de soutien ponctuel ou groupes de « débriefing »

Ces réunions de soutien sont organisées *ponctuellement* lorsque survient une situation difficile : une

répétition de décès, une prise en charge mal vécue, un conflit avec les familles, une « longue agonie », un passage en réanimation inadapté...

Souvent demandées par l'équipe, elles doivent être organisées rapidement pour pouvoir permettre aux personnes concernées de s'exprimer par rapport à leurs difficultés et de se resituer. Il est important que le cadre et les médecins répondent positivement à cette démarche et/ou sachent la proposer.

Non obligatoires, elles sont assurées au mieux par un(e) psychologue extérieur(e) au service (équipe transversale, médecin du travail...). Ce regard extérieur permettra de mieux analyser la situation et les réactions de chacun.

Recommandation d'experts

Parmi les différents types d'espaces d'échanges, on peut identifier **les groupes de soutien ponctuel** :

- **organisés ponctuellement, mais rapidement lors de situations difficiles ;**
- **assurés autant que possible par un psychologue extérieur au service ;**
- **non obligatoires ;**
- **permettant aux personnes concernées de s'exprimer par rapport à leurs difficultés.**

Groupes de parole

Les groupes de parole institutionnels (GPI) puisent leurs fondements théoriques dans l'œuvre de Michael Balint, pour qui « le médicament le plus utilisé en médecine est précisément le médecin ». Dans cette optique, se sont mis en place des groupes de parole afin de permettre aux soignants d'exposer un cas qui leur pose problème. Le but est que les médecins puissent reconsidérer leur expérience de tous les jours, pour mieux cerner certains problèmes coûteux en travail et en souffrance, autant pour les médecins que pour les patients [2].

Quelle est la différence entre les groupes de parole institutionnels (GPI) et les groupes Balint (GB) ? [12]

Le rapport du leader¹ (psychologue clinicien ou psychiatre, préférentiellement de formation analytique) à l'inconscient (le sien et celui des participants) est un des fondements du GB. Les différences entre les GB et GPI se situent au niveau de leur nature et de leur fonctionnement.

1. Terme adopté par la Société médicale Balint pour désigner l'animateur d'un groupe Balint, et par extension d'un groupe de parole institutionnel.

Les catégories professionnelles concernées ne sont pas les mêmes. Là où dans un GB les participants sont la plupart du temps des pairs, dans un GPI on notera une interdisciplinarité, des implications hiérarchiques, un même lieu de travail et de communauté partagée des patients.

En ce qui concerne le cadre et la mise en place, la participation se fait sur la base du volontariat. Dans un GB, les participants viennent sur leur temps privé, dans un lieu privé et payent eux-mêmes. Pour le GPI, les participants viennent sur leur temps professionnel. Le financement se fait soit par l'institution, soit par la sécurité sociale ou une association. L'origine de la demande peut provenir des soignants, d'un cadre ou de la direction. Cette demande est à analyser : qui est demandeur, pour quoi et pour qui ?

De plus, les cas rapportés dans un GPI sont connus globalement par les participants qui prennent souvent soin des mêmes patients. Ici se démontre la force subjective du vécu de chacun, car les patients ne sont pas forcément reconnus par certains participants. Chacun peut connaître le même patient et apporter plus son témoignage complémentaire qu'un questionnement. Dans un GB par contre, les cas rapportés ne sont connus que du seul rapporteur.

Ces particularités entraînent des différences dans la nature des échanges. Dans un GPI, l'équipe peut favoriser ou brider l'expression des émotions. Une certaine réalité objective et subjective est partagée, il y a donc un risque de collusion plus grand entre les discours : les autres participants collent plus vite au discours du rapporteur ou au contraire le rejettent. Il s'agit donc pour le leader de favoriser le « penser par soi » par l'analyse du contre-transfert individuel (le ressenti par soi-même). Dans un GB, le travail se fait plutôt par associations libres. Grâce à des éclairages complémentaires, il s'agit de favoriser le « penser ensemble », tout en laissant émerger des points divergents.

GPI : objectifs, conditions et difficultés

Un GPI n'est pas sans conséquence pour une équipe : certains participent au GPI alors que d'autres non. Le démarrage du groupe est souvent chaotique, de par le télescopage de réunions, les urgences, les oublis, l'occupation de la salle ou la minceur des cloisons. Ces aléas peuvent engendrer ou amplifier des clivages au sein des équipes soignantes. Par ailleurs, des fantasmes peuvent émerger à partir d'interrogations de ce qui a pu se dire dans le groupe en l'absence d'un soignant.

En outre, les défenses constatées dans un GPI sont plutôt groupales, avec une tentative de renarcissation collective. Les soignants peuvent chercher à « défendre » leur équipe et rechercher au besoin des responsables tels que la hiérarchie, une autre équipe, l'institution, un patient ou une famille.

De cette réalité découlent des implications pour la position du leader. Ce dernier est là exclusivement pour les participants, mais il doit aussi tenir compte, dans son imaginaire, de la hiérarchie et de l'institution en tant que principe de réalité qui s'impose à chacun des participants. Le leader est là pour permettre la parole de chacun, même si les soignants sont parfois tentés de le placer dans une position d'expert tout en soutenant l'importance de la « collégialité ». Le leader aide à faire entendre que dans une même équipe, chacun a aussi le droit de penser individuellement. Cette maturité collective permet au soignant un plus grand épanouissement professionnel, et ce, au moyen de l'abandon d'une supposée toute-puissance (thérapeutique).

De plus, la hiérarchie peut être présente. C'est l'institution qui paye le leader et qui peut décider de s'en séparer si elle se sent menacée. La hiérarchie peut influencer son fonctionnement ; l'empêcher par une autre réunion programmée au même moment, ou au contraire l'encourager. La création d'un GPI au sein d'une équipe, à la demande des soignants, passe donc par l'institution. Elle ne désire pas un GP, mais elle le demande, elle l'offre, elle l'accepte tant que cela ne la remet pas en cause de manière inacceptable.

Le leader doit donc avoir à l'esprit au départ que les participants peuvent avoir des défiances, de par la peur d'être jugés, critiqués, rejetés, voire exclus de l'équipe. C'est pourquoi un dialogue entre le futur leader et l'institution est essentiel avant d'accepter d'animer un GPI.

Quelques autres préalables doivent être intégrés par le leader du GPI : ce temps pour parler de soi, dans sa relation à l'autre et devant les autres, est un exercice tout à fait étrange et qu'il s'agit d'apprivoiser. Il n'y a pas de thème préétabli ni d'ordre du jour. Il s'agit de comprendre l'intérêt d'un tel « outil » : un GPI ne va pas de soi pour les soignants dans une institution. Exprimer ses difficultés, ses doutes, ses positions au sein de son équipe ne sont pas sans risque pour la cohésion du travail en institution et pour le groupe.

En pratique, la position du leader suppose quelques règles telles que laisser la parole à celui qui veut parler ; préserver la confidentialité de ce qui se dit dans un GPI ; écouter, entendre et interroger les dires de chacun (soignant-institution, soignant-soignant ou soignant-malade) ; et redonner la place au sujet parlant, qu'il soit rapporteur ou participant du groupe, mais aussi à celui dont on parle, présent ou absent, tel que le malade, la famille ou le professionnel.

Le leader peut pérenniser un groupe de parole s'il prend garde à ce que certaines conditions soient remplies. Bien évidemment, le GPI doit être autorisé par la hiérarchie et l'institution, désiré par les participants, mais aussi par le leader, et ce dernier doit soutenir le désir des participants. Il doit favoriser la qualité de l'écoute de chacun à l'égard du rapporteur qui va oser exposer ses difficultés et ses ratages sans craindre le jugement, ce qui lui permet de repartir « la tête haute » devant les autres.

Enfin, le rôle de leader exige patience et humilité. Lors des premiers GPI, il peut accepter que les soignants soient dans du « bavardage ». En effet, c'est un temps qui échappe au rendement, aux comptes rendus ainsi qu'aux réponses toutes faites. C'est un espace-temps hors du temps associé à une certaine « inquiétante étrangeté » à l'hôpital. Ce premier temps peut être décevant pour les participants et le leader, mais il est nécessaire pour favoriser un climat de confiance, pour faire l'expérience que la mise en mots n'est pas menacée par une mise en acte telle que condamnation, sanction ou renvoi.

Il est à noter cependant que, quand parallèlement au GPI un groupe d'analyse institutionnelle existe (fonctionnement de l'équipe, relations interpersonnelles, organisation du service), le GPI gagne en liberté et en légèreté.

En conclusion, un GPI est à trois temps. Tout d'abord un temps « pour voir », puisqu' on peut y assister et observer sans s'y impliquer, on peut parler sans se sentir menacé. C'est un temps d'apprivoisement réciproque. Puis un temps « pour comprendre ». En effet, parler en groupe permet de mieux percevoir les enjeux transférentiels à l'œuvre dans la relation (soignant-soignant, soignant-malade, soignant-famille, soignant-hiérarchie), les mécanismes d'identification, de projection et la place du sujet. Le groupe devient un lieu où les affects peuvent être déposés, où l'on peut apprendre à écouter, s'écouter, et il suppose d'accepter que le discours écouté existe. Il ne s'agit pas d'être d'accord ou non, mais d'écouter une réalité psychique donc subjective. Il y a également un temps « pour conclure » et intégrer ces nouveaux aspects, ce temps où on ne peut plus envisager de travailler en équipe sans l'existence d'un GPI ni travailler ensemble sans prendre un temps pour penser la médecine autrement qu'en staff ou en RCP. En faisant l'expérience de sa propre singularité, le soignant pourra reconnaître la singularité de l'autre : le malade, la famille ou le collègue.

Recommandation d'experts

Modalités pratiques à respecter au sein d'un groupe de parole :

- calendrier préétabli à jour et heure fixes ;
- rythme régulier : de hebdomadaire à mensuel ;
- participation libre de l'ensemble des soignants avec régularité et assiduité souhaitables ;
- confidentialité absolue et garantie d'absence de sanction ;
- en réponse à une demande des soignants ;
- avec l'accord et le soutien de la hiérarchie ;
- pas d'ordre du jour ;
- laisser la parole à celui qui veut parler ;

- **permettre de repartir « la tête haute » malgré la difficulté des expériences évoquées parfois et des ratages relatés ;**

- **respecter les trois temps (voir, comprendre, conclure).**

Autres espaces de communication

Réunions de relecture de cas cliniques ou de cas éthiques (analyse des pratiques)

Elles ne remplacent pas les staffs pluriprofessionnels. Elles permettent de relire, a posteriori, une histoire clinique ou un cas éthique complexe et d'analyser en équipe la prise en charge, les faiblesses éventuelles et les améliorations qui auraient pu être proposées. Là encore, la présence de regards extérieurs, d'équipes transversales ou d'autres spécialités peut optimiser l'analyse et la discussion.

Réunions morbidité-mortalité (RMM)

Les revues de morbimortalité peuvent être considérées comme espaces de formation et d'évaluation des pratiques professionnelles.

Par l'étude approfondie des cas de patients décédés dans un service, elles concernent les pratiques de toutes les catégories soignantes qui ont participé à ces prises en charge et entraînent ainsi une plus grande collaboration au travers de remises en question collectives.

Elles doivent faire état d'un compte rendu dans le dossier du patient.

Certains éléments développés par la Haute Autorité de santé et le Conseil national de cancérologie méritent d'être soulignés [25] :

- le positionnement de la RMM comme un dispositif d'apprentissage par l'erreur non culpabilisant : « Cet engagement n'est pas en soi un facteur d'accroissement de responsabilité. Au contraire, la mise en place de cette procédure apporte la preuve de la réactivité des équipes face à une situation de risque qui pourrait se renouveler » ;
- la promotion d'une approche associant non seulement une analyse rétrospective de la morbidité-mortalité, mais aussi une démarche prospective d'amélioration de la sécurité grâce à la mise en œuvre d'un plan d'action ;
- la possibilité d'analyser en RMM des cas marqués par un décès ou une complication mais également tout événement qui aurait pu causer un dommage au patient.

Réunions de service

Bien menées, elles permettent de faire le point sur les organisations en vigueur et leur adéquation ou non, comme sur les projets d'organisation, de partager les informations nécessaires et de donner la parole aux équipes pour parler des problèmes qu'elles ont identifiés.

Formation interne

Il s'agit de formation interne au service, ciblant en partie ou en totalité l'équipe et non pas les formations individuelles. Des publications récentes intéressantes méritent d'être rapportées. Sands et al. [42] relatent un cycle de formation sous forme de séminaires hebdomadaires sur six semaines utilisant la narration à partir d'histoires cliniques ou de ressentis personnels ; cette formation concerne des oncologues pédiatriques, des infirmières, des assistantes sociales et des psychologues. À l'issue de la formation, des échelles validées montraient l'amélioration du travail en équipe et de la résilience des 19 participants. Italia et al. [27] montrent pour leur part l'impact d'un programme de formation en art-thérapie sur le niveau de burn out évalué par le MBI de médecins et d'infirmières travaillant en oncologie pédiatrique. De même, Pronost et al. ont montré que les formations en soins palliatifs amélioraient les stratégies de coping [16] et que des programmes de renforcement de la hardiesse utilisant le focusing, la reconstruction de situation et l'approche émotivorelationnelle permettent de renforcer le niveau de hardiesse, d'améliorer la qualité de vie au travail [34] (avec la même échelle que nous avons utilisée) tout en diminuant l'intensité de stress perçu et les stratégies de fuite. Ainsi, on peut résumer en disant que la formation interne permet d'améliorer le travail en équipe, le burn out évalué par MBI, la qualité de vie au travail, l'intensité du stress perçu et les stratégies de coping.

Les formations internes ont de multiples avantages par rapport aux formations externes. Elles permettent de former « ensemble » : les membres de l'équipe auront donc tous le même niveau de formation, avec le même langage. Elles engagent la mise en place d'espaces de discussion sur le sujet au cours ou après l'enseignement théorique, permettant donc à chacun de communiquer et de se connaître. Elles facilitent, en présence d'un animateur attentif à la répartition de la parole, l'expression et la reconnaissance de tous.

Pour qu'elles soient couronnées de succès, ces formations doivent remplir certaines conditions :

- répondre à un besoin de l'équipe ;
- avoir des créneaux horaires adaptés ;
- pour des formations visant l'ensemble de l'équipe, être répétées deux fois pour que chacun puisse venir en dehors des soins.

Les sujets peuvent être variés :

- sujets techniques, relatifs à des pathologies, des examens, des techniques de soins ;
- prise en charge globale du patient ;
- techniques centrées sur les soignants (sophrologie, relaxation, art-thérapie...).

Les objectifs doivent être clairement définis et une évaluation de la formation doit être prévue ainsi qu'un temps de réflexion sur l'incidence de ces formations dans les pratiques d'équipe.

Recommandation d'experts

3^e composante du management participatif :
la formation interne

Conditions de réussite :

- **concernent toutes les catégories professionnelles et l'ensemble de l'équipe ;**
- **doivent répondre à un besoin de l'équipe, d'où l'importance du choix des sujets ;**
- **créneaux horaires adaptés (nécessité de faire deux fois le même thème pour toucher toute l'équipe) ;**
- **importance d'un temps d'échange avec un bon animateur ;**
- **nécessité d'une évaluation ;**
- **elles améliorent : le travail en équipe, le SEPS, la qualité de vie au travail, l'intensité du stress perçu, les stratégies de coping et la hardiesse.**

Mesures individuelles

Processus du soutien individuel

Si les mesures de prévention institutionnelles sont essentielles, elles ne peuvent garantir à elles seules la limitation du SEPS. Rappelons qu'il s'agit d'une « problématique de lien » et que son apparition relève également des modes d'investissement du travail par le professionnel.

Les différentes étapes qui décrivent le processus de soutien individuel sont ici présentées dans leur ordre le plus logique. Celui-ci peut varier selon les cas, et les étapes peuvent se recouvrir en partie.

Identifier le SEPS

Le but est d'identifier le SEPS précocement afin de pouvoir adresser le soignant au plus vite vers un interlocuteur compétent. Il s'agit de limiter sa souffrance et de prévenir la contagion dans l'équipe.

Les deux étapes suivantes devront être menées avec une personne formée à la prise en charge du SEPS (médecin-chef, cadre, psychologue, etc.).

Identifier la souffrance du soignant et/ou nommer le SEPS est un début de « reconnaissance » qui procurera déjà un premier soulagement pour le sujet. « Nommer » le problème oblige à intervenir [29].

Dans un second temps, on pourra proposer au soignant en souffrance un processus de prise en charge réalisé par le biais d'un ou plusieurs interlocuteurs (médecin-chef et/ou cadre et/ou psychologue).

Recommandation d'experts

La prévention secondaire (ou dépistage) est essentielle. Le SEPS doit être reconnu au plus tôt.

Définir avec le soignant les facteurs et processus associés au SEPS dans sa situation

Mise en parole du malaise

Il s'agit de permettre l'expression des plaintes et difficultés, ainsi que des sentiments et émotions sans que le soignant ne perçoive de menace quant à son avenir au sein du groupe.

Clarification des diverses composantes du malaise

Cette action d'identification des différentes composantes permet de cerner le malaise et de définir ensuite les actions et attitudes appropriées pour y remédier.

Trois composantes peuvent être identifiées :

- les composantes personnelles :
 - liées aux idéaux et valeurs ;
 - liées aux événements intercurrents de la vie privée (deuil, séparation, etc.) ;
 - liées à l'image que le soignant se représente de ses relations interpersonnelles au travail. Par exemple, un professionnel peut systématiquement attendre de la part de ses supérieurs une attitude paternaliste qu'il ne retrouve pas ;
- les composantes professionnelles :
 - facteurs de stress intrinsèques au métier ;
 - décalage entre les motivations initiales, les idéaux et l'état réel des choses au quotidien ;
 - charge de travail ;
 - problématiques d'organisation du travail ;
- les composantes relatives au lien entre les aspects personnels et professionnels :
 - place de chaque espace (personnel/professionnel) et modalités d'articulation ;
 - conflits éventuels entre vies personnelle et professionnelle. Par exemple, la volonté de réussir dans un rôle professionnel donné peut être incompatible par ailleurs avec les exigences et choix de vie personnelle ;
 - problématiques de reconnaissance de l'investissement du soignant.

Accompagner le soignant dans la redéfinition de sa situation et à la prise de décision

La confrontation entre les choix antérieurs, le contexte, les ressources et les besoins actuels, définit de nouvelles orientations et les prises de décisions adéquates, comme cela a été décrit par Shanafelt et al. [45]. Les étapes essentielles pour y parvenir sont les suivantes.

Réfléchir sur ses choix professionnels, son engagement professionnel, son positionnement

- Revenir sur le choix de l'orientation médical/paramédical ;

- se souvenir de ses motivations d'entrée dans la profession ;
- définir les motivations actuelles ;
- identification des attentes.

Aider à se situer

- Identification des limites personnelle ;
- prise de conscience des ressources ;
- identification des objectifs et priorités ;
- identification du déséquilibre entre objectifs et ressources ;
- définir les perspectives d'avenir.

Ajuster les projets aux réalités du travail

- Discuter des ressources personnelles (loisirs, soutiens amical et familial) ;
- confronter cette réflexion et redéfinition aux réalités professionnelles ;
- se définir et faire des choix en conséquence.

Organiser le soutien

- Orientation vers une prise en charge spécialisée avec un psychologue pour soutenir cette démarche dans sa réalisation et la réajuster si nécessaire ;
- discuter des ressources personnelles et lieux de ressource (loisirs, soutien amical et familial...) [8] ;
- proposer/discuter de l'instauration d'un moment de décompression entre l'institution et la maison.

Synthèse

Le processus individuel de prise en compte du SEPS conduit à un remaniement certain du sujet ; un réajustement des valeurs et objectifs se produit et un nouvel équilibre s'établit entre les buts personnels et professionnels, entre moyens personnels, objectifs et réalité.

Recommandation d'expert

Il est important de respecter trois grandes étapes dans le processus de soutien individuel :

- l'identification du SEPS ;
- l'identification des processus en jeu ;
- l'accompagnement du soignant.

Modalités du soutien individuel

Elles peuvent prendre diverses formes et relever de personnes de rôles, fonctions et formations multiples.

Cadres et chefs de service

Ils sont sans doute les premiers sur le terrain à pouvoir reconnaître la souffrance des soignants et à pouvoir la signifier.

Pour cette raison :

- ils doivent être formés sur le SEPS de manière pratique et efficace. De courtes formations sur le SEPS peuvent être envisagées lors de leur formation initiale (faculté de médecine, école de cadres) ou au cours d'une formation continue. Les objectifs sont :

- de connaître les conséquences du SEPS ;
- de pouvoir identifier les signes du SEPS ;
- de pouvoir discuter d'une adaptation du poste de travail d'un soignant en souffrance ;

- ils doivent avoir identifié un réseau local de psychothérapeutes intra- et/ou extraétablissement capable de soutenir un soignant en situation de SEPS.

Psychologues spécialisés dans l'accompagnement de soignants

Ils agissent en parallèle aux cadres et chefs de service. Ils peuvent également identifier sur le terrain les soignants en souffrance. L'objectif de leur approche vis-à-vis des soignants est leur prise en charge précoce.

Quels psychologues ?

Dans les établissements de santé, on trouve généralement des psychologues faisant partie de services de spécialités (psychologue du service d'oncologie par exemple), ou dédiés aux unités transversales (psychologue de l'équipe mobile de prise en charge de la douleur par exemple). D'autres psychologues ont une fonction dédiée aux professionnels de santé et relèvent soit de la médecine du travail, soit de la direction.

Le psychologue du service en tant que partie prenante du corps paramédical de par ses fonctions de soutien aux malades, peut-il être le « soignant du soignant » ? Si un soignant est en souffrance dans son équipe paramédicale, peut-il en faire part pleinement à l'un de ses membres ? Dans un grand centre avec un psychologue dans chaque service, on peut imaginer que le psychologue de radiothérapie prenne en charge l'équipe soignante d'oncologie médicale, mais dans un plus petit centre où il n'y a qu'un (ou aucun) psychologue, comment peut-on faire ? Doit-on « s'échanger » les psychologues dans le cadre d'un réseau entre établissements ? On peut tout autant imaginer un réseau « ville-hôpital » avec un groupe de psychologues en ville identifiés et sensibilisés à la thématique. Une réflexion devrait être engagée en tout lieu pour répondre à ces questions, considérant que les psychologues des établissements sont souvent un relais nécessaire dans le processus de soutien des soignants touchés par un SEPS.

Pour quelles missions ?

- Ils permettent aux professionnels d'être à l'écoute d'eux-mêmes alors que les vastes effets de la souffrance ne le permettent plus et qu'ils ne se comprennent plus ;

- ils aident à circonscrire le malaise, à la réflexion et au repositionnement du professionnel selon le processus décrit plus haut ;

- ils orientent vers des psychothérapies si nécessaire ;

- s'ils sont souvent psychothérapeutes de formation, ils ne mettent pas en place des psychothérapies à long terme dans ce contexte institutionnel qui est le lieu de pratique du soignant en souffrance. Néanmoins, cette formation est essentielle pour accompagner des personnels dans des situations ponctuelles et extrêmes de crise.

Soutien psychologique hors contexte professionnel

Il est effectué par des psychothérapeutes (psychologues ou psychiatres) qui chacun selon des démarches propres vont s'intéresser à faire émerger l'expression du sujet souffrant.

Dans un contexte extraprofessionnel, le travail effectué sera plus clairement centré sur la notion de mal-être global, même si de nombreux thèmes compris dans le processus de soutien et décrits ci-dessus seront probablement abordés.

Les réseaux (soins palliatifs/oncologie/gérontologie...) devraient avoir un rôle essentiel dans la constitution de groupes de psychothérapeutes libéraux référents et sensibilisés aux problématiques de souffrance des soignants. Reste à clarifier les problématiques de financement et à généraliser les « rémunérations spécifiques ».

Recommandation d'experts

Les cadres et médecins-chefs d'unité doivent être formés à la détection des signes de SEPS. Ils doivent être le premier relais de la prise en charge du soignant en souffrance.

Ils doivent avoir identifié au préalable un réseau (intra- et extraétablissement) de psychothérapeutes spécialisés dans ce domaine. Ce réseau peut être propre à un établissement ou partagé entre plusieurs établissements.

Ce soutien psychologique peut prendre deux formes selon le contexte :

- soutien spécifique de soignant par un psychologue et/ou psychothérapeute spécialisé dans ce domaine ;
- soutien non spécifique individuel par un psychothérapeute.

Formation individuelle

Objectifs

Elle constitue un soutien pour le professionnel lorsqu'elle est réellement en lien avec son positionnement personnel et ses choix. Pour cela, le choix de la formation devrait s'établir idéalement en lien avec le travail psychologique, dont l'objet est de faire émerger le positionnement personnel et les choix individuels, en intégrant tout particulièrement l'identification des limites et les objectifs du sujet.

La formation individuelle est complémentaire de la formation intra-service préconisée par la démarche participative. Cette dernière s'attachant au partage de données, la première répondant aux besoins spécifiques de l'individu.

À ces conditions, la formation individuelle :

- contribue au projet individuel comme à l'adaptation à un contexte professionnel ;
- confère une valorisation personnelle certaine ;
- est propre à faire évoluer objectifs et limites personnels.

Propositions spécifiques

La formation individuelle repose sur trois temps :

- la formation initiale du soignant (faculté de médecine, école d'infirmières, etc.) ;
- la formation continue lorsque le soignant est déjà en poste, et notamment lors de situations de souffrances spécifiques ;
- les formations spécifiques à mettre en place pour répondre à des souffrances spécifiques.

Il est impossible de lister dans ces recommandations l'ensemble des interventions possibles. Elles sont à définir par le professionnel et les acteurs concernés : enseignants, chefs de service, cadres, etc. Néanmoins, on peut citer quelques exemples.

Globalement, la formation initiale des soignants est un moment idéal pour sensibiliser les futurs soignants au risque de SEPS. Pour le personnel médical en cours de formation initiale, on pourrait également proposer une information spécifique sur les modes d'exercice qui permettrait aux jeunes médecins de se projeter dans un type de carrière. De même, en cas de souffrance, le jeune pourrait en fonction des composantes identifiées du malaise envisager sous le tutorat d'un médecin senior une réorientation vers le mode d'exercice le plus approprié ou une adaptation du parcours pendant l'internat.

Lors de la formation continue, les médecins installés peuvent évoluer dans leur mode d'exercice, mais également dans leur spécialisation en s'orientant vers une activité de recherche translationnelle ou spécifique d'un aspect de la prise en charge (nutrition, douleur, etc.). De la même manière, on peut proposer aux infirmières une formation sur un aspect spécifique de leurs soins tel que l'accompagnement palliatif, le soin de plaies, etc. Ces formations courtes et financées par l'établissement permettent à celles-ci de se spécialiser dans un domaine d'intérêt, de se former à un soin mal maîtrisé et de prendre confiance en elles en se trouvant une spécificité dans l'équipe. Ces dernières peuvent être parfaitement adaptées à une souffrance réactionnelle après un événement pénible au sein de l'équipe (décès difficile, douleur résistante...).

La mise en place de ces formations peut être la conclusion d'une démarche projet (cf. supra).

Recommandation d'experts

La prévention primaire du SEPS passe également par des mesures de formation individuelles préventives.

La formation individuelle constitue un soutien d'autant plus fort pour le professionnel qu'elle est définie en lien avec les choix individuels intégrant les limites et objectifs du sujet.

À ces conditions, la formation :

- soutient le projet individuel et l'adaptation au contexte professionnel ;
- confère une valorisation personnelle ;
- fait évoluer limites et objectifs.

Ces mesures peuvent être mises en place lors de trois temps :

- lors de la formation initiale du soignant (faculté de médecine, école d'infirmières, etc.) ;
- lors de la formation continue lorsque le soignant est déjà en poste ;
- lors de formations spécifiques en réactionnelles à des souffrances spécifiques.

Propositions spécifiques pour les jeunes médecins

Différents éléments plaident en faveur de propositions spécifiques de prévention du SEPS chez les internes, que ce soit leur mobilité tous les six mois, la nécessité d'appréhender une somme colossale d'informations tout en gérant d'importantes responsabilités et en assurant une relation humaine de qualité avec les personnes malades, ou encore le taux d'usure constaté chez eux comme l'indiquent les études présentées au début de ce texte.

Recommandation d'experts

Prévention du SEPS chez les internes

- Mettre en place un suivi annuel en entretiens individuels du parcours de l'interne par un enseignant du DES ;
- proposer une formation spécifique annuelle décrivant les différents modes d'exercice de leur profession ;
- mettre à disposition un réseau de psychologues en ville accessibles aux internes ;
- proposer un groupe de parole local spécifique aux jeunes médecins ;
- soutenir les internes par le biais du réseau national des associations.

Conclusion

Il s'agit bien, par le soutien individuel, de permettre au professionnel en souffrance de se repositionner de manière respectueuse de lui-même et de favoriser sa satisfaction dans le travail en conservant cette posture au long terme.

L'enjeu est de permettre que le sujet, dans son rapport au travail, trouve une relation équilibrée qui lui procure l'accomplissement nécessaire et la possibilité d'être à sa place.

Les choix optimaux varient en fonction des personnes ; l'équilibre est clairement personnel. En situation de SEPS, de simples conseils de « bon sens » ne pourront y suppléer ; cet équilibre nécessite un soutien individuel pour se définir en lien avec la subjectivité du professionnel.

Références

- Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, et al. (2009) Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psychooncology* 18: 543–8
- Balint M (1966) *Un médecin, son malade et la maladie*. Payot, Paris
- Barnard D, Street A, Love AW (2006) Relationship between stressors, work supports and burnout among cancer nurses. *Cancer Nurs* 29: 338–48
- Bastard C, Bordessoule D, Casassus P, et al. (2005) Les limitations thérapeutiques en hématologie : réflexions et propositions éthiques de la Société française d'hématologie. *Hématologie* 11: 71–9
- Blanchard P, Truchot D, Albiques-Sauvin L, et al. (2010) Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer* 46(15):2708–15
- Bonneterre V, Ehlinger V, Balducci F, et al. (2011) Validation of an instrument for measuring psychosocial and organisational work constraints detrimental to health among hospital workers. *The NWI-EO questionnaire. Int J Nurs Stud* 48(5): 557–67
- Bressi C, Manenti S, Porcellana M, et al. (2008) Hemato-oncology and burn out: an Italian survey. *Brit J Cancer* 98: 1046–52
- Canoui P, Mauranges A (2008) *Le burn out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Ed Elsevier-Masson
- Circulaire DHOS/O2/DGS/SD5D/2002/n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi 99-477 du 9 juin 1999, visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
- Circulaire n° 257 du 9 juin 2004 relative à la diffusion du guide des bonnes pratiques d'une démarche palliative en établissements
- Circulaire n° DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs
- Colloque national Balint à Poitiers (2010) *La formation-recherche Balint vers une médecine de sujet(s)*
- Cummings G, Olson K, Hayduk L, et al. (2008) The relationship between, nursing leadership and nurses' job satisfaction in Canadian oncology work environments. *J Nurs Manag* 16: 508–18
- Daloz L, Balas ML, Benony H (2007) Sentiment de non-reconnaissance au travail, déception et burn out : une exploration qualitative. *Sante Ment Que* 32(2): 83–96
- Dejours C (2000) *Travail, usure mentale*. Bayard, Paris, édition 2008
- Delmas P, Duquette A, Bourdeau M, Pronost AM (2004) Effet d'un programme de renforcement de la hardiesse sur la qualité de vie au travail d'infirmières françaises. *L'infirmière clinicienne* 1: 12–24
- Dyrbie LN, Thomas MR, Massie FS, et al. (2008) Burnout and suicidal ideation among US medical students. *Ann Intern Med* 149: 334–41
- Dougherty E, Pierce B, Ma C, et al. (2009) Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *Am J Hosp Palliat Care* 26: 105–11
- Estry-Behar M, Le Nezet O (2006) Insuffisance de travail d'équipe et burn out, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession d'infirmière. *Soins cadres HS* 3: 2–14
- Estry-Behar M (1999) *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital, reconnaissance analyse et prévention*. Édition ESTEM
- Foley BJ, Kee CC, Minick P, et al. (2002) Characteristics of nurses and hospital work environments that foster satisfaction and clinical expertise. *J Nurs Adm* 32: 273–82
- Girgis A, Hansen V, Goldstein D (2009) Are Australian oncology health professionals burning out? A view from the trenches. *Eur J Cancer* 45: 393–9
- Graham J, Potts HW, Ramirez AJ (2002) Stress and burnout in doctors. *Lancet* 260: 1975–6
- Gunnarsdottir S, Clarke SP, Rafferty AM, Nutbeam D (2009) Front-line management, staffing and nurse-doctor relationships as predictors of nurse and patient outcomes. A survey of Icelandic hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 46: 920–7
- HAS (2002) *Guide méthodologique des RMM*
- HAS (2008) *Recommandations pour les critères d'accréditation des établissements pour la V.2010*
- Italia S, Favara-Scallo C, Da Cataldo A, Russo G (2008) Evaluation and art therapy treatment of the burnout syndrome in oncology units. *Psychooncology* 17: 676–80
- Kash KM, Holland JC, Breitbart W, et al. (2000) Stress and burnout in oncology. *Oncology (Williston Park)* 14(11): 1621–33
- Legault A (2009) Dialoguer sur la souffrance des soignants : pourquoi est-ce si difficile. In: Beland et al. (eds) *La souffrance des soignants*. PUL, p 80
- Liakopoulou M, Panaretaki I, Panaretaki V, et al. (2008) Burnout, staff support and coping in Pediatric oncology. *Support Care Cancer* 16: 143–50
- Lissandre S, Abbey-Huguenin H, Bonnin-Scaon S, et al. (2008) Facteurs associés au burn out chez les soignants en oncohématologie. *Oncologie* 10: 116–24
- Maslach C, Jackson SE (1986) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2: 99–113
- Molinier P (2008) *Les enjeux psychiques du travail*. Payot et Rivages, Paris, p 139
- Pronost AM, Jap P, Widlocher D, et al. (1996) La prévention du burn out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Psychol Sante Psychol Fr* 41(2): 165–72
- Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, et al. (2008) Effet des caractéristiques des services d'oncohématologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stratégies de coping et qualité de vie au travail. *Oncologie* 10: 125–34
- Quattrin R, Zanini A, Nascig E, et al. (2006) Level of burnout among nurses working in oncology in an Italian region. *Oncol Nurs Forum* 33: 815–20
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al. (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 71(6): 1263–9
- Raveyre M, Ughetto P (2003) *Le travail, part oubliée des restructurations hospitalières*. *Revue française des affaires sociales*, n° 3, juillet-septembre
- Rosenstein AH (2002) Original research: nurse-physician relationships: impact on nurse satisfaction and retention. *Am J Nurs* 102: 26–34

40. Ruzsniwski M (1995) Face à la maladie grave : patients, familles, soignants. Dunod, Paris
41. Ruzsniwski M (1999) Le groupe de parole à l'hôpital. Dunod, Paris
42. Sands SA, Stanley P, Charon R (2008) Pediatric narrative oncology: interprofessional training to promote empathy, build teams, and prevent burnout. *J Support Oncol* 6: 307–12
43. Sapir M (1979) Trouble fonctionnel ou trouble de la relation ? *Rev Med Psychosom* XXI(4): 417–34
44. Shader K; Broome ME, Broome CD, et al. (2001) Factors influencing satisfaction and anticipated turnover for nurses in an academic center. *J Nurs Adm* 31: 210–6
45. Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL (2002) Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 136(5): 358–67
46. Trufelli DC, Bensi CG, Garcia JB, et al. (2008) Burnout in cancer professionals: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)* 17: 524–31
47. Vahey DC, Alken LH, Swane DM, et al. (2004) Nurse burnout and patient satisfaction. *Med Care* 42: 1157–66
48. Van Beek APA, Gerritsen DL (2010) The relationship between organisational culture of nursing staff and quality of care for residents with dementia: questionnaire surveys and systematic observations in nursing homes. *Int J Nurs Stud* 47: P274–P82
49. Vega A (2000) Une ethnologue à l'hôpital. Éditions des archives contemporaines, Paris
50. Whippen DA, Canellos GP (1991) Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *J Clin Oncol* 9:1916–20

Annexe A. Traduction française du Maslach Burnout Inventory (MBI)

0	1	2	3	4	5	6
Jamais	Quelques fois par an	Une fois par an	Plusieurs fois par mois	Une fois par semaine	Plusieurs fois par semaine	Tous les jours

Avec quelle fréquence ?
(0 : jamais ; 6 : tous les jours)

↓

1. Je me sens vidé(e) nerveusement par mon travail.	
2. À la fin d'une journée de travail, je me sens totalement épuisé(e).	
3. Je suis fatigué(e) quand je me lève le matin et que je dois affronter une nouvelle journée de travail.	
4. Il m'est facile de comprendre ce que ressentent mes patients.	
5. J'ai l'impression de traiter certains patients comme s'ils étaient des « objets » impersonnels.	
6. Travailler toute la journée avec d'autres personnes est pour moi une source de tension.	
7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes patients.	
8. Je me sens totalement « lessivé(e) » par mon travail.	
9. Je crois que par mon activité professionnelle, j'exerce une influence positive sur la vie de mes patients.	
10. J'ai l'impression que depuis mes débuts dans cette profession, je suis devenu(e) nettement moins sensible envers mes patients.	
11. J'ai peur que mon travail ne m'endurcisse.	
12. Je me sens plein(e) d'énergie.	
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.	
14. J'ai l'impression de travailler trop dur.	
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui peut arriver à certains de mes patients.	
16. Travailler en contact direct avec d'autres personnes représente pour moi un stress très intense.	
17. Avec mes patients, je peux facilement créer une atmosphère très détendue.	
18. Je me sens « regonflé(e) », « ranimé(e) » quand je peux suivre de près le cas de mes patients.	
19. J'estime avoir accompli de nombreux actes de valeur dans mon travail.	
20. J'ai l'impression d'être au bout du rouleau.	
21. Dans mon travail, je traite très calmement les problèmes émotionnels et affectifs.	
22. J'ai l'impression que la plupart de mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes.	