

EPUISEMENT PROFESSIONNEL CHEZ LE SOIGNANT
ETUDE D'UN COLLECTIF DE SOIGNANT EN BURNOUT

DOCTEUR BEATRICE FREY-HIMBERT

DIPLOME UNIVERSITAIRE
STRESS, TRAUMATISME ET PATHOLOGIES

UNIVERSITE PARIS VI

Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière

Directeur de l'enseignement : Pr. Ph. MAZET, Dr JM. THURIN

ANNEE 2008-2009

TABLE DES MATIERES

PAGE DE TITRE	1
TABLE DES MATIERES	2
INTRODUCTION	3
CHOIX DU MEMOIRE	6
ETUDE DU COLLECTIF DE SOIGNANTS	11
-DESCRIPTION DU COLLECTIF ET DE L'ETUDE	11
-DESCRIPTION DES CAS CLINIQUES D'EPUISEMENT	20
-RESULTATS DU MBI	40
DISCUSSION	43
CONCLUSION	51
ANNEXES	54
BIBLIOGRAPHIE	58
RESUMES	61

INTRODUCTION

Le syndrome d'épuisement professionnel appelé Burn Out Syndrome (usure, épuisement) chez les anglo-saxons et « Karoshi » (mort par sur-travail) au Japon, est une réponse à un stress émotionnel et physique chronique.

Les professions à fortes sollicitations mentales, émotionnelles et affectives sont les plus exposées. La profession soignante, dont l'essence même est d'assister et de prendre soin, est particulièrement touchée par ce syndrome.

Au X^{IV}e siècle le stress signifie l'épreuve, l'affliction. Il s'élargit aux notions d'efforts, de contraintes, d'attaque, d'invasion, tout terme qui précise bien ce que ressent une victime de Burn Out Syndrome, envahie, agressée, « consumée » par le travail.

En 1768, le Docteur Tissot décrivait les méfaits de l'acharnement au travail sur la santé. Précurseur d'une psychopathologie du travail, il proposait une approche hygiéniste et préventive. Seyle en 1936 (1) et Cannon en 1942 (2) définissent la physiopathologie du stress. En 1959, Claude Veil (3), psychiatre développe le concept d'épuisement professionnel. Il écrit : « l'état d'épuisement professionnel est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes, et l'on doit se garder des simplifications abusives ».

Dans les années 70, un psychiatre américain, Herbert J. Freudenberger (4,5) nomme « Burn out Syndrome » l'état d'épuisement qui atteint des soignants très investis dans une relation difficile auprès des toxicomanes, dans les toutes nouvelles « Free Clinics ».

Ce syndrome est défini et étudié chez le soignant par Maslach (6) dans les années 80. Elle en donna une définition consensuelle : « *le burn-out est un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitude négative au travail, avec perte des intérêts et des sentiments pour les patients* ». Les travaux de Christina Maslach lui ont permis d'élaborer en 1981, un instrument de mesure du burn out : le « Maslach Burn out Inventory » (MBI) (7) (annexe N°2).

En 1998 pour les docteurs Canoui et Mauranges (8 et 9), « *le syndrome d'épuisement professionnel chez le soignant est d'abord une pathologie de la relation... qui pose le problème éthique de la relation d'aide ...Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas consumer soi-même ?* ».

L'épuisement professionnel, assez spécifique des professions d'aide en général et du soignant en particulier comprend un épuisement émotionnel avec un sentiment de vide, de fatigue et de volonté de maîtrise absolue de tous les affects. Cet épuisement peut également se traduire par des réactions émotionnelles impulsives et violentes. L'épuisement se traduit souvent par une hyperactivité stérile avec négation par le sujet de sa problématique.

L'épuisement professionnel se décline aussi sous trois aspects : un épuisement émotionnel, une déshumanisation de la relation interpersonnelle et une diminution du sentiment d'accomplissement personnel.

L'existence d'un stress émotionnel et physique chronique est une des composantes du syndrome. Le stress apparaît quand les capacités d'adaptation sont dépassées. Il dépend donc de l'interaction entre une personne et son environnement.

Les personnes touchées sont pour la majorité engagées dans une relation d'aide, c'est à dire les professions « dans lesquelles une personne attend du professionnel un mieux-être ou la perspective d'un mieux-être physique, moral, matériel ou social ». Si tout le monde peut être atteint, le « candidat à l'épuisement » est plutôt une personne dévouée et engagée... Le syndrome d'épuisement professionnel est une forme exacerbée du stress, qui ne touche pas des personnalités fragiles psychologiquement, ou peu intéressées par leur travail, mais des personnes consciencieuses qui s'y engageraient trop.

Les conséquences du syndrome d'épuisement professionnelles sont nombreuses. On y distingue les conséquences individuelles et les conséquences organisationnelles. Les premières comportent les répercussions familiales, les maladies dues au stress, la dévalorisation de soi, la perception négative du travail et la perte de son sens. Les secondes touchent directement l'entreprise : désinvestissement, absentéisme, baisse des activités communes et accroissement des conflits interpersonnels, baisse de la qualité des soins et du travail en général, surenchère et apparition d'un burn out institutionnel.

CHOIX DU MEMOIRE

Le thème du mémoire a été choisi à partir de l'observation sur plusieurs années d'un collectif de 47 soignants au sein duquel trois d'entre eux ont présenté un syndrome d'épuisement professionnel élevé, d'autres des formes d'épuisement moindre et d'autres des pathologies autres liées au stress.

J'exerce la Médecine du Travail dans la clinique dont fait partie ce collectif depuis vingt ans. J'ai pu ainsi suivre les différentes restructurations qu'a connues la clinique durant les dix dernières années ainsi que les nouveaux enjeux sanitaires, économiques et culturels qui ont influé sur l'évolution du système de santé. Les contraintes économiques de plus en plus prégnantes et légitimes ont induit des contraintes administratives, des contrôles et une certaine rentabilité de la maladie.

Le stress chronique au travail chez certaines catégories de salariés et plus particulièrement chez les soignants m'a interpellé dès le début de ma carrière, il semble croître durant les dix dernières années. J'ai pu en effet constater les pathologies qui en découlent tout au long des consultations.

Je m'intéresse au syndrome d'épuisement professionnel chez les soignant et surtout aux moyens de le prévenir. Il est important pour les soignants de connaître les ressources qu'ils ont dans leur environnement professionnel et personnel pour faire face au burn-out. Les soignants sont confrontés à des situations difficiles qu'ils ne peuvent gérer sans l'aide de toute l'équipe.

L'étude de ce collectif en souffrance me pose les questions suivantes :

Peut-on prévenir les états d'épuisement professionnel en utilisant certains indicateurs pour repérer le stress dans le cadre des consultations médico-professionnelles de médecine du travail ?

Le syndrome d'épuisement professionnel peut-il dans une certaine mesure être contagieux ?

Un état de stress est une plainte qui résulte de l'interaction entre la personne et sa situation de travail. Mais un état de stress n'est pas forcément lié au travail et des évènements de la vie personnelle peuvent en être la cause. Dans la plupart des situations, le médecin du travail pourra faire la part des choses et établir le diagnostic étiologique mais en cas de coexistence de facteurs (divorce et surcharge de travail par exemple), l'imputabilité au travail n'est pas aisée au cours d'une visite systématique. Il pourra, dans ce cas revoir le salarié ou, suivant la gravité de la situation, l'adresser vers une consultation spécialisée en « souffrance au travail » ou vers un spécialiste psychiatre. Mais pour une entreprise donnée, la question du stress interpellera le médecin du travail si le nombre de salariés concernés est élevé ou si il augmente rapidement dans le temps et si celui-ci peut légitimement attribuer les problèmes de santé observés à des facteurs de stress communs liés au travail.

Les conséquences délétères sur la santé correspondent à un état de stress chronique et aux affections qui apparaissent à plus long terme.

Le besoin de comprendre la survenue de ces affections m'a poussée à m'inscrire au D.U. Stress, Traumatisme et Pathologies. Il m'était devenu impératif d'approfondir les connaissances psychophysiopathologiques (10 et 11) concernant les relations entre le stress, le traumatisme, les conflits et les pathologies somatiques et psychologiques.

Le stress est une problématique du monde du travail préoccupante puisque la dernière enquête européenne sur les conditions de travail de 2000 (12) a mis en évidence que 28% des salariés européens déclarent leur santé affectée par des problèmes de stress au travail, ce qui d'après les données de cette même enquête, en fait, derrière les maux de dos (qui affectent 33% des répondants), le deuxième problème de santé au travail déclaré.

Quoiqu'il semble exister un certain tabou concernant la santé mentale du soignant, il n'en reste pas moins que de nombreuses études consacrées ces dernières années aux conséquences du stress dans les professions d'aide, font état de résultats alarmants : les études épidémiologiques montrent que 25 à 40% des soignants seraient épuisés. Concernant le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, le docteur Canoui (13) n'hésite pas à parler « d'épidémie à forte contagion ». Le développement de ce syndrome parmi le personnel soignant constitue aujourd'hui un problème majeur au sein des systèmes de santé.

L'épuisement professionnel s'articule autour de 3 éléments :

- **l'épuisement émotionnel** : la demande de soutien psychologique trop importante entraîne un sentiment de fatigue. Il se traduit chez la victime par un sentiment de vide, de fatigue, d'absence d'émotion à l'origine d'un tableau

clinique qui associe découragement, sentiment d'abandon ou d'impuissance, froideur, apathie, passivité, dureté, maîtrise absolue de tout affect, ou au contraire des débordements de réactions violentes, explosives, de rejet et de colère. Cet état entraîne souvent une diminution des performances professionnelles de l'individu.

- **la dépersonnalisation** (ou « déshumanisation de la relation à l'autre ») : perte d'empathie, détachement excessif dans les rapports avec autrui pouvant aller jusqu'au cynisme. Il s'agit de désinvestissement du patient et du soin.

Ce désinvestissement se traduit par la froideur, le désintérêt, l'attitude distante à l'égard du patient, ce qui conduit à privilégier la maladie aux dépens du patient. On retrouve une attitude négative généralisée qui débouche sur une résistance à tout changement, une critique démesurée de l'institution et de ses pairs. A l'extrême, le soignant se renferme totalement sur lui-même.

- **le manque d'accomplissement personnel** : dépréciation professionnelle engendrée par la perte d'efficacité thérapeutique et la démotivation. A ce stade la personne n'a plus d'estime d'elle-même, elle se dévalorise et n'est plus motivée à travailler.

Par ailleurs dans ce syndrome, on constate une perte de motivation, un désinvestissement progressif accompagné d'un sentiment d'échec, de culpabilité et d'angoisse.

C'est à ce moment que se manifestent des problèmes d'absentéisme sous toutes ses formes, des manifestations psychosomatiques voire des conduites addictives.

Les conséquences de l'épuisement professionnel sont multiples : elles consistent en une vulnérabilité accrue à toutes les manifestations psychofonctionnelles mais

également un risque majeur d'abus médicamenteux et une prédisposition aux troubles psychologiques comme l'asthénie et l'angoisse (14). Dans les équipes soignantes se font également jour des réactions de méfiance et de susceptibilité. Bien entendu, l'épuisement professionnel peut avoir un retentissement en dehors du travail, le sujet devenant agressif et opposant à son entourage familial un refus de communication de ses problèmes.

Sur le plan de l'organisation du travail, les conséquences sont importantes avec un absentéisme, un turn-over important du personnel et parfois la constatation de l'augmentation du nombre des accidents de travail.

La lecture de plusieurs articles, enquêtes et essais traitant l'épuisement professionnel des soignants (15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23) ainsi que les exposés auxquels j'ai assisté au cours de l'enseignement de ce Diplôme Universitaire m'ont éclairée sur les observations que j'ai pu faire au cours de mon étude.

Une meilleure connaissance de la psychopathologie (24, 25) du stress m'a aidé à expliquer de façon plus précise l'évolution vers certaines pathologies des états de stress de certains salariés et m'a rendu plus attentive à les prévenir.

ETUDE DU COLLECTIF ET DES CAS CLINIQUES

DESCRIPTION DU COLLECTIF

L'étude porte sur un collectif de soignants au sein d'une Clinique médico-chirurgicale de la Région Parisienne et plus exactement de la Seine Saint Denis.

L'objectif de l'étude et du présent mémoire est d'essayer de comprendre les circonstances de survenue du stress chez ce collectif de soignants, ainsi que les conséquences délétères de ce stress et de comprendre pourquoi trois d'entre eux ont évolué vers un syndrome d'épuisement professionnel important.

Pour le médecin du travail, que je suis, l'objectif est aussi de repérer au plus tôt les indicateurs de l'épuisement professionnel d'une équipe, les indicateurs cliniques du stress au sein de la consultation pour pouvoir prendre en charge le plus précocement possible les soignants en souffrance.

Le collectif de soignants étudié est composé de 47 soignants, infirmiers et aides-soignants, travaillant dans un service d'hémodialyse. L'échantillon étudié exclut les médecins, les agents des services hospitaliers, les brancardiers et les secrétaires médicales de ce même service.

Les médecins et les agents des services hospitaliers ne font pas partie de l'effectif surveillé par le médecin du travail, car les premiers sont libéraux et non salariés de la Clinique, et les seconds sont salariés d'une entreprise prestataire.

Les brancardiers et les secrétaires médicales suivis par mes soins dans le cadre de la Médecine du Travail, ont été volontairement écartés de l'étude.

Les médecins seront cependant interrogés sur le sujet de l'étude au cours des visites de postes effectuées en 2009.

Historique du groupe de travail étudié :

Il est indispensable de connaître l'historique du collectif de travail pour comprendre et analyser le groupe de travail.

Jusqu'en début 2002, le service d'hémodialyse de cette Clinique était de taille modérée et permettait l'accueil de 90 patients. Deux médecins assuraient la surveillance médicale des patients et l'équipe paramédicale était composée de 13 infirmières dont une surveillante et de 6 aides-soignantes. Les salariés travaillaient en deux postes, l'un du matin et l'autre du soir. Le travail s'effectuait sur deux unités, l'une de 20 fauteuils et l'autre de 8.

Des travaux ont débuté début 2002 pour agrandir le service existant dans le but d'accueillir un service d'hémodialyse transféré depuis une Clinique voisine appartenant au même groupe.

En novembre 2002, dans la Clinique cohabitent alors deux services d'hémodialyse avec à la tête de chacun une équipe médicale composée de 2 médecins chacune, deux équipes paramédicales avec à la tête de chacune une surveillante.

Le service annexé est composé d'une unité de 20 fauteuils et d'une équipe paramédicale de 10 infirmières dont une surveillante et de 4 aides-soignantes.

Les horaires de travail de l'équipe annexée sont différents, ils travaillent en poste fixe de 12 heures et comptent bien garder ce rythme de travail.

La cohabitation a duré ainsi pendant 18 mois. La direction de la Clinique a prévu alors d'augmenter la capacité d'accueil et d'effectuer une réorganisation spatiale du service et des activités. Des travaux ont été programmés dès fin 2005. Ces travaux ont été discutés avec les deux équipes mais surtout avec les médecins des 2 services. Il a été également prévu de ne créer plus qu'un seul service et de mélanger les équipes dès la fin des travaux.

Ces travaux se sont étalés sur toute l'année 2006 tout en poursuivant l'activité des services.

L'équipe médicale initiale, ne partageant pas les objectifs fixés par la direction et suggérés par l'équipe médicale adverse, a décidé de quitter la Clinique. La surveillante du service initiale a préféré quitter elle aussi la Clinique quelques mois après le début des travaux.

Mi 2007, un nouveau service d'hémodialyse voit le jour. Il comporte désormais 4 unités : unité A' de 8 fauteuils, A de 16 fauteuils, B de 20 fauteuils, C de 12 fauteuils dont 4 lits. Une équipe médicale de 4 médecins (dont deux nouveaux) et une équipe paramédicale sous la direction d'une responsable de santé (nouvellement embauchée) et d'une surveillante adjointe (surveillante du service annexé en 2002) assurent les soins dans ce service qui a une capacité d'accueil de 160 patients. L'équipe paramédicale est composée de 30 infirmières et de 15 aides-soignantes.

Les agents des services hospitaliers sont désormais salariés d'une entreprise extérieure.

Les 2 cadres de santé travaillent du lundi au vendredi en horaire de jour et effectuent en moyenne 10 heures par jour.

Les autres membres de l'équipe paramédicale travaillent du lundi au vendredi, jamais de week-end, en poste de 12 heures avec 2 semaines sur 8, une semaine de poste du matin (6h30-15h) et une semaine d'après-midi (15h-23h30).

Indicateurs de souffrance de l'équipe :

Au cours des consultations médicales périodiques réalisées dans le cadre de la médecine du travail, je recueille dès le début de la mise en place du nouveau service un sentiment d'insatisfaction auprès de l'équipe et chez certains d'eux des signes manifestes de stress.

Lors de la rédaction du rapport annuel 2007, recueil des statistiques médicales et des activités en milieu de travail (visite des locaux, participation à des réunions au sein de la Clinique), j'ai pu constater, ayant une vision plus globale du groupe de soignants de l'hémodialyse, l'apparition d'indicateurs de souffrance au travail. Ces indicateurs se sont aggravés au cours de l'année 2008, ce qui m'a motivé à être encore plus attentive à ce collectif et d'étudier les circonstances de survenue du stress de manière à proposer des améliorations des conditions de travail.

J'ai classé ces indicateurs de souffrance en trois catégories :

- ***indicateurs repérés dans le cadre de la Médecine du Travail :***

- j'ai noté une augmentation du nombre des visites médicales dites spontanées à la demande du salarié, une augmentation du nombre des visites de reprise
- la durée moyenne des consultations s'est allongée pour pouvoir écouter les salariés en difficulté
- augmentation des orientations médicales vers un médecin traitant ou spécialisé suite aux visites
- augmentation du nombre de soignants souffrant de troubles de santé liés aux conditions de travail, occasionnant plus de restrictions d'aptitude et de propositions d'aménagement de poste
- aggravation des indicateurs de santé négatifs tels que les troubles musculosquelettiques, les troubles cardiovasculaires.

- ***Indicateurs repérés dans le cadre général du travail :***

- augmentation des accidents du travail et de trajet
- turnover dans le personnel

- ***Indicateurs organisationnels :***

- augmentation du taux d'absentéisme
- demande de mutation, de formation

Mi 2008, j'ai alerté la direction de la Clinique de mon inquiétude concernant ces indicateurs repérés dans l'équipe paramédicale du service d'hémodialyse.

Je leur ai fait part de mon intention de revisiter les locaux et de rencontrer les salariés sur leur lieu de travail.

Je leur ai proposé de voir en visite tous les salariés en arrêt dès leur reprise et ceci quelque soit la durée de l'arrêt et d'analyser systématiquement les circonstances des accidents de travail ou de trajet quelque soit leur gravité.

J'ai décidé de voir tous les soignants de ce service en instituant un guide de consultation.

J'ai procédé à la relecture complète des dossiers médicaux des salariés du collectif depuis leur ouverture jusqu'au moment de l'étude pour avoir un avis rétrospectif sur l'évolution de leur santé et redéfinir leur parcours professionnel.

Devant l'apparition de **3 cas d'épuisement professionnel élevé fin 2008**, j'ai décidé de distribuer à chacun des salariés du collectif étudié le questionnaire d'évaluation de l'épuisement professionnel MBI (Maslach Burn Out Inventory).

Ce questionnaire appréhende l'épuisement professionnel des soignants dans ses trois dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte de sentiment d'accomplissement de soi.

Description du collectif

Collectif de 47 soignants : 2 cadres de santé, 30 infirmières et 15 aides-soignantes.

L'âge moyen de l'équipe est de 40 ans (40 ans pour les infirmières et 41 ans pour les aides-soignantes)

85 % des soignants du collectif sont de sexe féminin (d'où l'utilisation du genre féminin pour parler du métier infirmière et aide-soignante).

Parmi les infirmières :

- 25 % ont moins de 30 ans
- 20 % entre 30 et 40 ans
- 30 % entre 40 et 50 ans
- 25 % ont plus de 50 ans dont 2 ont plus de 60 ans

Parmi les aides-soignantes :

- 15 % ont moins de 30 ans
- 40 % ont entre 30 et 40 ans
- 20 % entre 40 et 50 ans
- 25 % ont plus de 50 ans dont & a plus de 60 ans

La moyenne de l'ancienneté dans le service est de 12 ans pour les infirmières et de 9 ans pour les aides-soignantes.

Seules 2 infirmières travaillent à temps partiel à savoir à 80%.

20 % des soignants de l'équipe sont fumeurs.

57 % des infirmières ne font aucun sport contre 72 % des aides-soignantes.

12% des infirmières du groupe sont en surcharge pondérale contre 29% des aides-soignantes.

23 % des infirmières vivent seules (seule ou chef de famille monoparentale) contre 17% pour les aides-soignantes.

En 2008 par rapport à 2006 :

Le nombre d'accidents de travail a augmenté de 11%.

Le nombre d'accidents de trajet a augmenté de 6%.

Le nombre d'arrêts maladie a augmenté de 13 %.

2 déclarations de Maladie Professionnelle N°57 (TMS des membres supérieurs) et 1 déclaration de Maladie Professionnelle N°98 (lombalgies par hernie discale) ont été déposées en 2008.

Description de l'étude

Pour répondre aux objectifs de ce mémoire, à savoir :

- peut-on prévenir l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel en repérant des indicateurs de signes cliniques de stress au sein d'une consultation médico-professionnel dans le cadre de la Médecine du Travail ?
- le syndrome d'épuisement professionnel peut-il être contagieux ?

Je vais dans un premier temps **exposer les trois cas cliniques souffrant d'épuisement professionnel élevé** apparus au sein de l'équipe paramédicale étudiée, puis exposer **l'état de santé mentale et physique de l'équipe** résultant de la synthèse des consultations médicales effectuées depuis fin 2008.

Les consultations médicales ont été menées selon un guide de consultation (mis en annexe N° 1), précisant notamment la trajectoire professionnelle, la connaissance du service et de l'équipe depuis l'arrivée du soignant jusqu'à ce jour, le travail quotidien (en terme d'actions mais aussi d'échanges).

Je donnerai les résultats des questionnaires d'évaluation de l'épuisement professionnel MBI distribués aux soignants du collectif étudié. Les 47 soignants ont rempli le questionnaire.

DESCRIPTION DES 3 CAS CLINIQUES D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL ÉLEVÉ OBSERVÉS

CAS CLINIQUE NUMÉRO 1

Il s'agit d'une infirmière (Mme S.) de 31 ans, d'origine antillaise née en Métropole.

Elle vit en couple et a une petite fille de 2 ans.

Sa mère a exercé en tant qu'aide-soignante durant 20 ans dans cette même Clinique mais dans un autre service.

Mme S a été embauchée par la Clinique il y a 3 ans. Elle a débuté comme infirmière dans un service de chirurgie viscérale puis a rejoint un des services d'hémodialyse

8 mois après son embauche dans cette Clinique, Mme S a demandé sa mutation vers le service d'hémodialyse. Sa demande à être mutée en service d'hémodialyse a été motivée par l'absence d'activité le week-end alors qu'elle attendait son premier enfant.

Son ancienneté dans le poste actuel est de 2 ans ½.

Sa trajectoire professionnelle est insolite. Après un bac S, Mme S. a entrepris des études de mathématiques et a obtenu sans difficulté sa licence. Ses études sont alors interrompues par la maladie cancéreuse de sa mère. Étant très proche de sa

mère, elle décide de suspendre ses études pour l'accompagner durant la fin de sa vie et ceci a duré 8 mois. Durant cette période, elle a été impressionnée par le travail et le dévouement des infirmières qui ont pris en charge sa maman et a très vite décidé de changer d'orientation dans ces études et de préparer le concours d'infirmière. *«C'était devenu une évidence pour moi que de m'orienter vers ce métier. Soulager la souffrance des autres, je m'en sentais tout à fait capable. Je réussissais avec ma mère »* me dit-elle à plusieurs reprises.

Son diplôme en poche en 2006, elle postula pour un poste dans la Clinique où travaillait sa mère et débuta dans un service de chirurgie viscérale.

Je la vois alors en visite d'embauche, aucun ATCD médical notoire n'est déclaré, si ce n'est un eczéma du nourrisson, mais aucune nouvelle manifestation dermatologique depuis, y compris durant l'exercice de sa formation d'infirmière.

Son examen clinique est normal et elle ne prend aucun traitement. Elle pratique régulièrement le jogging et elle vient d'arrêter de fumer car souhaite être enceinte. Elle est très motivée et très fière d'avoir choisi ce métier.

Nous discutons alors de la période où elle s'est occupée de sa mère en fin de vie. Elle en parle sereinement *« je me suis sentie obligée de m'occuper d'elle pour pouvoir faire le deuil de sa mort prochaine et cette étape a révélé en moi ma vocation d'infirmière »*, telle était la phrase que j'avais notée sur le dossier.

Enceinte, elle décida d'intégrer le service d'hémodialyse pour pouvoir avoir ses week-end libres. Elle connaissait deux infirmières de ce service, dont une avait travaillé avec sa mère. Elle avait un très bon retour de ce service.

Mme S. était alors très satisfaite de ce changement de travail « *beaucoup de technicité, une formation dès mon arrivée par une infirmière plus ancienne, qui m'a prise sous son aile. Les patients étaient plutôt autonomes, il y avait peu de manutention de malades. Les malades revenaient trois fois par semaine et ça me plaisait de mieux les connaître. J'étais enceinte et très heureuse de l'être, je ne voyais que le positif. Mes week-end étaient libres, je les passais avec mon compagnon* »

Je la vois au retour de maternité en avril 2007, tout s'est bien passé. Elle réintègre le service d'hémodialyse et manifeste un réel enthousiasme de reprendre son activité professionnelle et de retrouver ses collègues. Elle était en relation avec certaines de ses collègues durant son congé maternité et avait ainsi été mise au courant des travaux et de la fusion des 2 services, ainsi que du départ annoncé de la surveillante qui l'avait accueillie lors de son arrivée dans le service.

Je la revois fin 2007 6 mois après son retour au travail, pour une reprise à la suite d'un arrêt de travail de 3 semaines pour lombalgies aiguës. Elle va mieux, ses problèmes de dos semblent résolus. Son examen clinique est normal. Je note une prise de poids de 5 Kg. Elle semble moins loquace et me signale être fatiguée car sa petite fille dort mal.

Je l'interroge sur son travail. D'habitude très enthousiaste, elle élude le sujet, elle reste, également très floue sur ses rapports avec ses collègues « *nous n'avons que peu de temps pour communiquer, chacune fait son travail, les aides-soignantes nous aident bien mais elles râlent tout le temps* ». Une de ses collègues proche a quitté la

Clinique « *elle s'est rapprochée de chez elle, mais elle en avait marre de travailler en hémodialyse* », sa « tutrice » (collègue de sa mère) est partie en retraite. Elle élude la question concernant ses rapports avec la hiérarchie « *on a une surveillante chef qui est assez rigide et distante, l'autre surveillante est plus proche mais elle a ses préférences* ».

Je la vois en visite annuelle en octobre 2008. Elle s'est arrêtée à 4 reprises depuis notre dernière entrevue. Des arrêts courts de 8 à 15 jours.

Un arrêt de 15 jours motivé par des lombalgies « *j'ai de plus en plus mal au dos. Les malades ont changé, ils ne font plus aucun effort pour s'installer sur le fauteuil. Ils nous appellent pour n'importe quoi, ils n'ont d'ailleurs plus de respect. Je suis en ce moment dans une unité très lourde de 16 patients dont 5 sont alités, mais ceux là sont reconnaissants des soins qu'on leur donne. On tourne tous les 3 mois, on change d'unité et d'équipe* ».

Trois arrêts de une semaine motivés par la fatigue « *j'ai du mal à tenir. Mais c'est plutôt psychologique que physique. Je me demande d'ailleurs si j'ai bien fait de changer d'orientation au cours de mes études. J'aurais peut-être été plus efficace en enseignant les mathématiques. Je ne comprends plus les malades, je n'arrive plus à les aider. D'ailleurs je n'ai rien à comprendre, je n'ai qu'à exécuter les consignes sans poser de question. Nous ne sommes plus que des exécutantes. On n'échange pas et c'est même mal vu. Je suis un robot qui arrive le matin et se débranche le soir. Les médecins ne nous parlent pas.* »

Elle me signale toujours être fatiguée. « *j'ai failli m'endormir au volant la semaine*

dernière en rentrant chez moi. J'ai du me mettre sur le côté et attendre avant de redémarrer. » Elle me signale prendre depuis un mois un traitement homéopathique pour l'aider à s'endormir.

Elle refume, moins de 5 cigarettes par jour « *ça m'oblige à sortir de la Clinique pour fumer, je suis loin de tout pendant quelques minutes* ».

Son poids est stable, sa TA est normale. Elle développe depuis 4 semaines un eczéma au niveau des paupières « *j'ai vu un dermatologue, il m'a dit que c'était nerveux, je ne me maquille jamais. Je ne suis pas étonnée car je suis sur les nerfs.* »

La consultation se termine après avoir discuté longuement sur des moyens de diminuer le stress. Reprendre le sport, réfléchir sur une formation à envisager pour sortir du quotidien professionnel.

Je demande à la revoir en janvier 2009. Mme S. apparaît fatiguée, a perdu du poids et fume plus.

Elle me signale être traitée pour ulcère à l'estomac « *il ne manquait plus que ça, je suis toujours malade* ».

Nous reparlons de son vécu au travail « *je pense ne pas être faite pour ce travail. Je vis la détresse des autres, je l'absorbe comme une éponge. Je voudrais les aider mais je n'y arrive pas. Mes collègues me disent que je m'investis trop affectivement et que je ne prends pas assez de recul. C'est sûr, on ne peut pas en dire autant de certaines. J'ai eu des mots avec une collègue, ça s'est terminé dans le bureau de la surveillante qui a pris partie pour elle. Donc depuis je m'isole, je ne dis plus rien, j'exécute.* ».

L'examen clinique met en évidence une tension limite à 14/9. Son eczéma s'est étendu aux plis du coude. Elle prend du Lexomil de temps en temps pour se calmer, puis avoue en prendre tous les jours.

Au moment de quitter la consultation, elle fond en larmes « *je n'en peux plus, il faut m'aider ; je l'aime ce métier mais là je n'y arrive plus !!* »

Je décide de la déclarer inapte temporaire au travail et l'adresse à son médecin traitant avec un courrier expliquant mon inquiétude et la nécessité de la soustraire momentanément de son travail.

Elle me téléphone 3 semaines plus tard pour me dire qu'elle a été mise sous anti-dépresseur et anxiolytique, qu'elle avait pris RDV avec un psychiatre pour un suivi spécialisé.

Je la revois en mai 2009 pour la reprise de travail. Elle va mieux. Elle est très motivée pour reprendre son travail. Elle prévoit avec mon aide de changer de service pour se réapproprier son métier d'infirmière mais dans un nouvel environnement professionnel. Elle me signale n'avoir jamais trouver sa place dans l'équipe du service d'hémodialyse lors de sa reprise du congé maternité « *j'avais perdu pied, tout avait changé. Le départ en retraite de l'ancienne collègue de ma mère a été pour moi une épreuve dont je n'ai pas mesuré l'importance. J'ai idéalisé ma fonction d'infirmière en référence à ma relation avec ma mère. Je me sens mieux, je continue à voir mon psychiatre et je fais des séances de relaxation* ».

Son examen clinique est normal. Elle a repris le sport, continue à fumer. Elle dort mieux. Est toujours sous traitement antidépresseur et voit son psychiatre tous les 15 jours. Elle a des projets professionnels et personnels.

Je demande une mutation vers un autre service.

De cette observation, je retiens l'importance de l'histoire de la trajectoire professionnelle et de l'origine du choix de la profession d'infirmière dans la genèse du syndrome d'épuisement professionnel.

Le manque de soutien de la part de l'équipe paramédicale et médicale a largement contribué à l'évolution d'une situation de stress au travail vers l'épuisement professionnel.

Je note les signes cliniques évocateurs de stress chronique: apparition de lombalgies, de fatigue devenant chronique, survenue de troubles du sommeil, apparition de signes dermatologiques et de réactions gastriques.

Elle compte se réapproprier son métier dans un autre service.

CAS CLINIQUE NUMERO 2

Il s'agit d'une aide-soignante de 46 ans, Mme F. née à Paris, mariée, mère de 4 enfants.

Elle a été embauchée en juin 2003 et a intégré un des services d'hémodialyse de la Clinique, le service annexé à celui qui existait. Elle connaissait quelques membres de cette équipe car elle en avait fait partie de 84 à 91.

Mme F. a fait initialement une formation de secrétaire administrative, métier qu'elle a exercé pendant 2 ans au sein d'une Clinique. Elle a décidé de suivre une formation de secrétaire médicale puis d'aide-soignante.

Son diplôme d'aide-soignante obtenue, elle est embauchée dans le service d'hémodialyse de la Clinique. Elle exerce cette fonction de 84 à 91. Elle quitte ce service pour changer de profession et exercer le métier de secrétaire médicale dans un cabinet libéral de médecine générale qui a ouvert à côté de chez elle. Elle suspend son activité professionnelle pendant trois ans car elle accouche de jumeaux en troisième grossesse.

De 98 à 2003 elle reprend en tant que secrétaire médicale mais « *s'ennuie* » dans cette fonction et reprend le métier d'aide-soignante. Elle était restée en contact avec son ancienne surveillante et tout naturellement la rejoint dans la nouvelle Clinique.

Je la vois en visite d'embauche à son arrivée à la Clinique.

Mme F. a 40 ans et travaille à temps plein. Est heureuse de reprendre sa fonction d'aide-soignante « *enfin, je retrouve le contact avec les patients. Tout le monde est sympa, j'en connais certaines. Je vais d'abord avoir une formation pour me réhabituer aux gestes, car beaucoup de choses ont changé. La surveillante, je la connais bien, nous sommes restées en contact depuis toutes ces années. Le médecin chef est aussi le même.* ».

Son examen clinique est normal. Elle n'a pas d'ATCD médicaux notoire. On note une petite surcharge pondérale, une TA normale. Elle fume 20 cigarettes par jour, pratique un peu de natation et de tennis.

Je la revois en visite annuelle en juin 2004. Elle est très satisfaite d'avoir repris cette fonction « *je fais ce métier parce que je l'aime, il est contraignant mais les malades sont très reconnaissants. Je suis très proche des infirmières peut-être plus que de mes collègues aides-soignantes. Elles me jalouent un peu, mais ça ne me dérange pas* ».

Son examen clinique est normal. Elle a arrêté le sport, continue de fumer 20 cigarettes par jour. Me dit dormir moins bien et avoue prendre du Stilnox certains soirs « *les enfants sont très turbulents, ils me pompent toute mon énergie. Je suis plus fatiguée à la suite du week-end qu'à la suite de 2 postes de 12H. On a besoin d'argent, je compte proposer de faire quelques vacations supplémentaires.* ». Je lui déconseille vivement de faire des heures supplémentaires.

Je la revois en visite annuelle en juin 2005. Elle reste toujours très optimiste et tout aussi impliquée dans son travail. Malgré mes recommandations, elle fait des vacations supplémentaires à raison de 3 voir 4 par mois. Elle a pris un peu de poids mais « *j'adore le chocolat, ça me dope et me met de bonne humeur* ».

Elle signale prendre le Stilnox plus souvent.

Elle a été arrêtée pendant 15 jours à la suite d'une lombalgie aiguë qu'elle attribue à une surcharge ponctuelle de travail pendant les vacances de Pâques.

Sa TA est normale. Sa fréquence cardiaque un peu plus rapide. Elle signale quelques ESV quand elle s'énerve.

A ma question, vous énervez vous souvent ? Elle me répond « *je ne supporte pas la médiocrité !! Et des médiocres il y en a beaucoup* ». Elle ne désire pas développer davantage sa réflexion et me rassure « *ne vous inquiétez pas j'aime mon travail,*

J'aime mes collègues de travail, on forme une belle équipe » !

Je la revois en visite annuelle en juillet 2006. Elle a été arrêtée à deux reprises à la suite de malaises sans perte de connaissance mais avec des épisodes de tachycardie. Ces deux malaises ont eu lieu en dehors du travail mais toujours un week-end faisant suite à une semaine pendant laquelle Mme F. avait effectué des heures supplémentaires.

Elle a présenté deux épisodes de lombalgies aiguës dont un a engendré un arrêt de 3 semaines.

Elle se dit plus fatiguée car il existe certaines tensions au travail *« tout le monde s'inquiète par rapport à la réorganisation du service et le mélange des équipes des 2 services. Pendant un an, on va travailler dans les travaux, le bruit est usant. Notre surveillante a changé, elle est moins présente. Elle est moins proche. L'équipe n'est plus la même. »*

Je retrouve des dires identiques chez certains collègues de Mme F.

L'examen clinique de Mme F. est normal ce jour. Une TA normale avec une fréquence cardiaque normale.

Elle avoue prendre du Stilnox très régulièrement et parfois un peu de Xanax.

Elle fume toujours et n'envisage pas d'arrêter.

Je lui conseille vivement d'arrêter les heures supplémentaires. Elle est d'accord.

Je la vois en juillet 2007. Elle a eu deux accidents du travail courant fin 2006, l'un concernant une entorse bénigne du genou droit après avoir glissé sur un sol mouillé et l'autre concernant une piqûre avec une aiguille souillée qui traînait.

Elle explique ces accidents par les perturbations occasionnées par les travaux « *on n'a pas de place pour travailler, on ne retrouve rien. Et le bruit des travaux et les malades qui se plaignent d'être dérangés* ».

Elle ne fait plus d'heures supplémentaires. Le service est de plus en plus lourd « *les patients ont changé, ils sont de plus en plus âgés et de plus en plus malades. Il faut les aider pour tout. On tourne dans les 4 unités tous les 3 mois et on change à chaque fois de collègues. Il casse les équipes. La nouvelle responsable est très distante et divise pour mieux régner. Elle a pondu de nouvelles procédures très strictes* ».

Elle fume un peu plus « *pour passer les nerfs* ».

Son examen clinique reste normal.

Je la vois en visite annuelle en décembre 2008. Elle a pris du poids, dit souffrir de plus en plus du dos.

Elle me signale l'apparition de migraine de début de semaine, qu'elle traite par paracétamol.

Elle prend du Stilnox tous les soirs et du Xanax quasiment tous les jours travaillés.

Elle a du mal à suivre « *trop de travail. On travaille presque toujours en sous effectif ou avec des vacataires. Ils sont moins investis dans le travail. Il faut toujours passer derrière. On n'a plus le temps de parler aux malades. J'ai eu une dispute avec un malade et je n'ai pas été soutenue par mon équipe. Dernièrement un malade désorienté m'a mordue, je n'ai pas compris son geste. Je me suis sentie très seule après car personne n'est venu me voir et me consoler. Je n'ai eu qu'une réprimande de la part de ma surveillante chef car je n'avais pas respecté la procédure de prise*

en charge de ce type de patient. Mes bras en sont tombés. Je l'ai trouvé si injuste. Je n'ai pas eu le courage de le déclarer en AT. Nous ne sommes plus que des numéros. On a des réunions de service toutes les semaines mais l'ordre du jour est préparé par les 2 surveillantes sans concertation du personnel. Donc rien n'y est dit. Les médecins n'ont de contact qu'avec les surveillantes, très peu avec les infirmières et pas du tout avec nous. Nous ne sommes que des exécutantes sans droit de parole ».

Elle rentre fatiguée le soir chez elle et dit avoir du mal à assumer sa vie de famille.

Elle avoue avoir des crises de boulimie et de larmes fréquemment quand elle se retrouve seule chez elle.

A l'examen clinique je note une TA élevée à 16/9, un pouls rapide. Elle a encore pris du poids.

Je l'adresse chez son médecin traitant pour une prise en charge de sa TA élevée et d'un début de dépression.

Je la revois en mars 2009 à la suite d'un arrêt de travail de 3 mois.

Elle est sous anti-dépresseur et anxiolytique. Elle ne prend plus d'hypnotique tous les soirs. Elle a été mise sous Béta Bloquant pour réguler sa tension artérielle et sa fréquence cardiaque.

Elle va mieux mais a peur de reprendre son activité professionnelle. Elle reste très déçue de l'attitude qu'a eu sa surveillante chef lorsqu'elle a été victime de morsure par un malade. Par contre elle n'envisage pas de mutation vers un autre service. Elle aime le travail en hémodialyse qui est très technique.

Elle souhaite me voir régulièrement pour me parler de son vécu et se sentir soutenue.

Nous décidons de nous voir en consultation tous les 2 mois environ.

Elle prévoit d'arrêter de fumer prochainement et a repris le sport, et depuis peu s'investit dans la bibliothèque scolaire de ses fils.

De cette observation je retiens l'origine du choix du métier d'aide-soignant, pour être plus proche des malades. Le parcours professionnel pour aboutir vers une profession d'aide.

Un début de carrière dans le métier d'aide-soignante très enthousiaste.

Le manque de soutien de l'équipe et de la hiérarchie directe lors d'évènements négatifs dont la salariée a été victime au cours de son travail.

L'absence de travail pluridisciplinaire dans l'équipe.

Un sentiment de manque de reconnaissance par la hiérarchie directe.

L'apparition d'indicateurs cliniques de stress évoluant vers un état d'épuisement : troubles rachidiens, troubles du sommeil, anxiété, troubles alimentaires, troubles cardiovasculaire avec hypertension et tachycardie, apparition de migraine.

Elle trouve une activité associative en participant au travail d'une bibliothèque scolaire.

CAS CLINIQUE NUMERO 3

Il s'agit de Mme D. aide-soignante âgée de 39 ans, née en région parisienne. Elle est divorcée et vit seule avec un enfant de 14 ans.

Elle a été embauchée en novembre 2001 dans le service d'hémodialyse de la Clinique voisine qui a rejoint fin 2002 le service d'hémodialyse initialement suivi.

Après l'obtention du bac, elle a obtenu un DEUG de Psychologie. Attirée par la profession d'infirmière elle décide d'entrer à l'école d'infirmière. En 2^{ième} année, elle abandonne ses études pour se marier et suivre son mari son mari au Canada. Au Canada, elle ne travaille pas et élève son petit garçon. Elle divorce et revient en France en compagnie de son fils. Elle obtient son diplôme d'aide-soignante et intègre le service d'hémodialyse.

Je la vois en visite fin 2002 lors de son arrivée dans la Clinique actuelle.

Elle manifeste son mécontentement d'avoir changé de Clinique qui est beaucoup plus grande et plus impersonnelle. Quant au service, elle est satisfaite qu'il reste le même ainsi que la surveillante qui le dirige.

Son examen clinique est normal. Elle n'a pas d'ATCD notoire si ce n'est un premier lumbago survenu 2 mois après son embauche mais n'ayant laissé aucune séquelle.

Sa TA est normale. Elle ne fume pas. Son sommeil est régulier. Elle fait de la randonnée les week-end dans un club.

Elle apprécie le service dans lequel elle travaille. A de bonnes relations avec ses collègues et voit la surveillante en dehors du travail dans le cadre du club de

randonnée.

« Les rôles sont bien définis dans l'équipe, on est peu nombreux et on se connaît tous. Les malades sont chroniques, on apprend à les connaître. Je regrette que les médecins n'aient pas de contact avec les aides-soignantes. Dans le service d'hémodialyse voisin, les médecins sont plus proches des salariés et participent aux réunions de service »

« Je souhaiterais ultérieurement reprendre mes études d'infirmière mais je ne sais pas si ce serait possible »

« Pour arrondir mes fins de mois, je fais quelques vacations dans une entreprise d'aide à domicile ».

Je ne la vois pas en visite en 2003.

Je la vois en visite annuelle en février 2004. Elle vient de perdre sa sœur de 40 ans d'infarctus. Elle reste choquée. Elles étaient très proches, elle l'avait recueillie avec son fils à son retour en France. Elle est sous anxiolytique et prend tous les soirs un hypnotique. Elle ne fait plus partie du club de randonnées depuis 6 mois car elle s'est fâchée avec le responsable.

Au travail ça va moyen *« je travaille avec deux nouvelles infirmières. Elles sortent de l'école et ne savent pas travailler correctement, par contre elles refusent d'écouter les conseils d'une petite aide-soignante comme moi. Tant pis pour elles, elles se sont fait taper sur les doigts par la surveillante. Elles n'ont pas la vocation».*

Je la vois en visite annuelle en 2005. Elle va mieux, s'investit dans son travail et

devient une sorte de référent dans son métier. C'est elle qui forme les nouvelles aides-soignantes qui arrivent. Elle participe à des réunions d'hygiène « *c'est très intéressant, j'apprécie ces réunions. Nous communiquons beaucoup entre soignants de formations différentes. Je m'entends bien avec mes collègues* ».

Elle me montre avec fierté la fiche de poste qu'elle a réalisée pour détailler les différentes activités d'une aide-soignante en hémodialyse.

Son examen clinique est normal. Elle me confie avoir un compagnon.

Elle dort sans somnifère.

Je la vois en visite annuelle en 2006. Elle va plutôt bien mais se plaint d'être fatiguée depuis les travaux dans le service : beaucoup de bruit, de déménagement.

Les patients se plaignent et sont de plus en plus exigeants.

Elle a été arrêtée pendant une semaine à la suite d'un lumbago d'effort au travail.

Elle avoue mal dormir et prendre de temps en temps un somnifère.

Son examen clinique est normal. Elle a perdu un peu de poids « *quand je suis fatiguée je n'ai plus faim* ».

Je la vois en visite annuelle fin 2007. Je la trouve démotivée. Elle a encore maigri. Elle se plaint de lombalgies et de cervicalgies « *le travail s'est intensifié, il y a souvent des absents, remplacés par des vacataires. On nous a mélangé les équipes avec le nouveau service. On n'est pas habitué à travailler de la même manière. La responsable du service est dure et distante, y compris envers notre surveillante qui est devenue adjointe.* »

Mme D. est très déçue de la nouvelle organisation du travail et de la gestion de la

nouvelle équipe « *la responsable du service a mis en place des procédures strictes sans nous concerter. Je n'ai plus ma fonction de référent dans mon métier, on l'a retiré sans rien me dire. Nous ne sommes que des numéros* ».

Son examen clinique met en évidence une baisse de la TA, un dos douloureux, un facies fatigué. Je lui propose de prendre un peu de congés à Noël plutôt que de faire des vacances pendant ses congés dans une entreprise d'aide à domicile. Il était impérieux qu'elle change d'environnement et qu'elle se repose.

Je la vois en visite annuelle en septembre 2008. Elle reste fatiguée et est en cours de bilan car elle présente un urticaire atypique d'apparition récente. Le dermatologue pense à une urticaire d'origine neurotonique « *ce n'est pas étonnant, je suis fatiguée nerveusement, j'ai du mal à me lever pour aller travailler le matin. Je ne suis pas d'accord avec les méthodes de travail de la nouvelle responsable. Je n'ai pas le droit d'exprimer mon mécontentement. Les médecins ne nous parlent pas. Les réunions de service n'apportent rien. Je me sens très seule dans mon travail, il n'y a plus de travail d'équipe. Les jeunes n'ont pas ce problème, ils s'investissent moins que les anciennes. Elles ont raison. Je ne trouve même plus de plaisir à soigner, à parler aux malades. Je ne suis peut-être pas faite pour ce métier. J'ai la chance d'avoir une vie personnelle harmonieuse en ce moment* ».

L'examen clinique met en évidence une TA limite à 15/8. On retrouve une raideur lombaire avec une sciatgie droite.

Elle prend systématiquement un somnifère la veille d'une journée de travail.

Elle envisage de changer de métier.

Je demande à la revoir en janvier 2009. Elle va mieux moralement et m'annonce quelle attend un bébé depuis 3 mois. Elle envisage aussi de faire une formation universitaire en hygiène hospitalière dès qu'elle aura accouché. Elle a vu la DRH de la Clinique qui est d'accord pour l'inscrire à l'Université dans le cadre d'un fongécif. Elle est traitée depuis le début de sa grossesse par Aldomet car sa TA est trop haute.

« J'ai pris du recul. Cette grossesse est arrivée au bon moment. Je me concentre sur ma famille et je fais le travail mécaniquement sans contradiction. D'ailleurs depuis je n'ai plus de soucis avec ma hiérarchie directe, je suis douce comme un agneau ».

Sa TA est correcte sous traitement. Elle est pleine de projets.

De cette observation, je retiens le fait que la soignante a exercé le métier à la suite de deux formations non abouties : 2 ans en psychologie, 1 année ½ en école d'infirmière.

Le manque de travail en équipe et d'autonomie dans le travail lors de la mise en place du nouveau service d'hémodialyse. Le besoin de reconnaissance par sa hiérarchie. Les difficultés intergénérationnelles rencontrées dans l'équipe.

J'ai repéré des indicateurs cliniques de stress : troubles musculosquelettiques, troubles du sommeil, fatigue chronique, augmentation de la tension artérielle, apparition de dermatose liée au stress.

Un projet de vie et des projets professionnels ont amélioré permis à la soignante de reprendre le cours de son travail.

UN ASPECT SYNTHETIQUE DE L'ETAT DE SANTE DE L'EQUIPE

PARMEDICALE

Synthèse des informations recueillies lors de l'étude rétrospectives des dossiers depuis leur ouverture et recueillies au cours des visites médicales effectuées de fin 2008 à mi 2009.

- **concernant les parcours professionnels** : la majorité des parcours professionnels sont de type classique, à savoir une prise de fonction directe à la suite des études et de l'obtention du diplôme, pour les aides-soignantes plus anciennes, elles ont souvent débuté comme agent hospitalier et se sont formées secondairement.

7 d'entre eux sont atypiques. Les 3 détaillés au cours de la description des 3 cas cliniques souffrant d'épuisement professionnel élevé. 1 soignant était agent hospitalier, puis aide-soignant, puis infirmier. 1 autre a été brancardier avant de suivre une formation d'aide-soignant. 1 infirmière était secrétaire médicale avant d'entrer à l'école d'infirmière et une autre était commerciale dans une entreprise de jouets avant de faire le concours d'infirmière.

- **concernant le travail dans l'établissement**, la majorité des soignants et quelque soit leur fonction, ont noté une dégradation des conditions de travail à partir des travaux effectués pour fusionner les deux services. Service plus grand, avec plus de patients à gérer et à connaître, moins de cohésion

d'équipe, moins de travail pluridisciplinaire, moins d'autonomie. La majorité déplore une gestion trop autoritaire, un manque de contact avec les médecins du service. L'équipe du service initial semble s'être adaptée plus facilement.

- **concernant les examens cliniques** : on recense une équipe éprouvée par la présence de 3 infirmières en arrêt maladie long pour cancer (K du sein, K colo-rectal et K de l'estomac).

Tous les soignants se disent stressés, 22% prennent des psychotropes régulièrement et 31% occasionnellement.

58% disent avoir des troubles du sommeil

37% souffrent ou ont souffert de douleurs rachidiennes ou de troubles musculosquelettiques et deux salariés ont d'ailleurs déclaré des Maladies professionnelles d'ordre musculosquelettique.

17% prennent un traitement contre l'hypertension.

5 disent présenter une dermatose d'origine neurotonique.

3 soignantes sont traitées pour hypothyroïdie.

RESULTATS DU MBI UTILISE POUR QUANTIFIER

LE BURN-OUT

Tous les soignants du collectif en fonction au moment de l'étude, ont rempli les questionnaires MBI, outil d'évaluation permettant une approche quantitative du syndrome d'épuisement professionnel.

Le MBI (le Maslach Burn Out Inventory mis en annexe) appréhende le syndrome d'épuisement professionnel dans ses trois dimensions : l'épuisement émotionnel (EE), la deshumanisation (DP) de la relation à l'autre et la perte de sentiment d'accomplissement (AP) de soi. Il se compose de vingt deux item répartis sur trois sous-échelles correspondant à chacune des dimensions du syndrome.

Résultat :

Le nombre de soignants du collectif en burn out au moment de l'enquête (mai 2009) était de 22, c'est à dire qu'ils présentaient un niveau dit pathologique pour au moins l'un des trois scores du MBI

1- Burn out faible: 6 ont obtenu au MBI un niveau pathologique pour seulement

l'un des 3 scores :

- 4 ont obtenu un EE élevé
- 1 a obtenu un DP élevée
- 1 a obtenu un AP bas

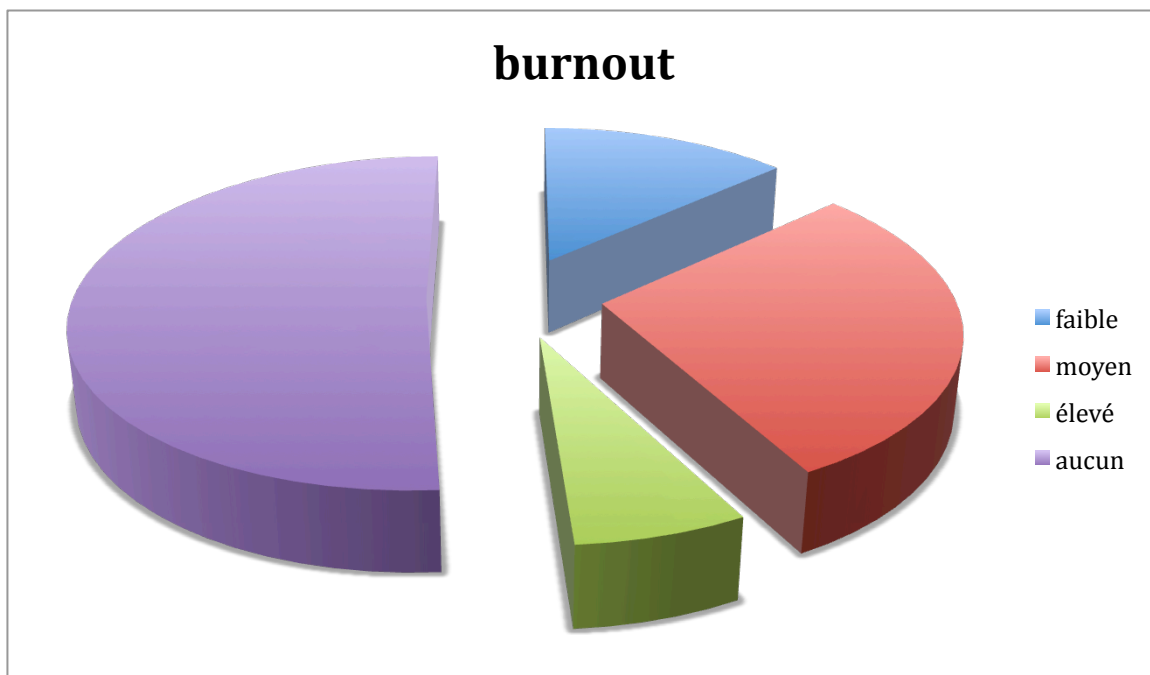
2- Burn out moyen : 13 ont obtenu un niveau pathologique pour deux scores

- 8 ont obtenu un EE élevé et une DP élevée
- 2 ont obtenu un EE élevé et un AP bas
- 3 ont obtenu un DP élevée et un AP bas à modéré

3- Burn out élevé : 3 ont obtenu un niveau pathologique pour les trois scores.

Il s'agit des trois cas cliniques décrits dans le chapitre précédent.

Répartition des différents degrés de burn-out parmi les soignants du collectif



L'épuisement professionnel semble toucher un peu moins de la moitié des soignants de cette équipe : un soignant sur sept (13,33%) présenterait une atteinte faible, un

sur quatre (28,89%) une atteinte modérée et un sur seize une atteinte sévère qui associe un épuisement émotionnel élevé, une forte dépersonnalisation de la relation à l'autre et un accomplissement personnel faible à modéré.

Les 22 soignants présentant un syndrome d'épuisement professionnel au moment de l'enquête sont tous de sexe féminin (85 % des soignants du collectif étudié sont des femmes).

Parmi les 6 soignants évalués en burn out faible, 4 ont une ancienneté dans le poste inférieure à 5 ans.

Parmi les 13 soignants évalués en burn out moyen, 10 ont une ancienneté dans le poste supérieure à 5 ans et dans le métier supérieure à 10 ans.

Parmi les 3 soignants évalués en burn out élevé, 2 ont une ancienneté dans le poste supérieure à 5 ans et 1 dans le métier supérieure à 10 ans.

Les 22 soignants évalués en burn out présentent des troubles du sommeil et prennent régulièrement ou occasionnellement des psychotropes.

DISCUSSION

Dans la théorie du burn out des soignants, la question de la dépersonnalisation des rapports avec le patient et du manque de satisfaction professionnelle qui en découle joue un rôle central dans l'épuisement professionnel.

L'épuisement professionnel du soignant est la conséquence d'un état de stress chronique et pathologique qui met en cause la fiabilité de la dimension d'aide et finit par user le professionnel de santé. Fragilisé d'un point de vue psychologique, fatigué de façon intense, ce dernier ne peut plus assurer ses responsabilités professionnelles.

Les trois observations d'épuisement professionnel élevé décrites dans l'étude de ce collectif de soignants, montrent que le processus est souvent insidieux et que sur le plan psychodynamique, il se réfère à un processus de désillusionnement progressif. On peut identifier 4 étapes au processus, la première correspondant bien souvent aux débuts professionnels.

La première étape : c'est l'étape de l'enthousiasme idéaliste où l'on retrouve de grands espoirs, un niveau élevé d'énergie et des attentes irréalistes. C'est la période où le travail promet de tout combler.

La deuxième étape : c'est une période de stagnation où le travail n'est plus perçu comme aussi excitant et n'est plus le substitut de toute la vie. La satisfaction de besoins personnels et des questions de revenus, d'horaires de travail, de développement professionnel, devient importante.

La troisième étape : c'est celle où la personne s'interroge sur son efficacité dans le

travail et sur la pertinence et la valeur du travail en tant que telle. Les troubles émotifs, physiques et de comportement peuvent commencer à se développer à ce stade.

La quatrième étape : c'est une étape d'apathie où la personne se sent chroniquement fatiguée et frustrée au travail, mais a besoin de ce travail pour survivre. Elle cherche souvent à travailler le minimum de temps requis, à éviter les patients. C'est la phase de déshumanisation des soins qui entraîne chez le soignant une culpabilité, une remise en cause professionnelle qui peut aboutir à la diminution de l'accomplissement personnel et à des syndromes dépressifs.

On peut noter deux paramètres constitutifs du syndrome d'épuisement professionnel avec le facteur de l'âge et le facteur de la personnalité.

L'âge : il est classiquement décrit que le risque d'épuisement professionnel serait plus important chez les débutants et les jeunes, par crainte de commettre des erreurs, par manque d'expérience, par manque de support d'une vie de famille structurante, par multiplication des heures supplémentaires.

La crainte des erreurs diminue avec l'ancienneté et déjà nettement à partir de 5 ans d'expérience. L'incertitude sur les réponses à donner aux patients et aux familles diminue surtout à partir de 10 ans d'ancienneté.

Si on se réfère à l'étude de ce collectif, on ne retrouve pas cette donnée car parmi les 22 soignants évalués en burn out, 16 ont une ancienneté supérieure à 5 ans dans le poste.

J'ai été cependant interpellée par les conflits intergénérationnels cités par un certain nombre de soignants. L'un des cas cliniques décrits en fait référence ainsi que d'autres soignants au cours de leur visite médicale.

Le soignant plus ancien dans le métier reproche souvent au plus jeune son manque de conscience professionnelle. Il considère que le jeune diplômé n'a plus la « vocation ». Il est sans doute vrai qu'aujourd'hui, on ne choisit plus forcément le métier de soignant uniquement par motivation humanitaire. Il est de ce fait intéressant de connaître le pourquoi du choix de cette profession et de connaître aussi l'histoire de la trajectoire professionnelle.

La gestion des compétences peut être la source de coopération intergénérationnelle. La cohabitation au travail de générations différentes peut être améliorée. L'infirmier plus ancien pourrait davantage expliquer l'organisation du travail, guider dans les gestes difficiles et le jeune infirmier pourrait faire profiter son collègue de ses connaissances théoriques plus récentes. Le tutorat doit devenir un processus actif d'échange bénéficiant autant aux plus âgés qu'aux plus jeunes. Il en est de même pour les aides-soignants, qui souhaitent être reconnus et pris en compte dans l'équipe.

Un système de tutorat a été mis en place dans ce collectif, pour limiter les conflits de génération (source de stress) et permettre la conservation et le transfert des savoirs.

La personnalité : elle intervient dans la perception du stress notamment au travers de la « hardiesse » (26). Ce trait de caractère est une aptitude à faire face, à s'engager dans la vie et à relever les défis, c'est à dire à réagir plutôt que de souffrir en se repliant et en s'isolant. Elle intervient avec la notion de l'idéal du Moi et de sa

fonction narcissique : lorsqu'il est très fort, l'idéal du Moi est un facteur fragilisant par la mise en échec d'une profession idéalisée en décalage avec le principe de réalité. Pour cette raison, le syndrome d'épuisement professionnel avec sa crise identitaire, se pose comme l'équivalent d'un syndrome post-vacation. Elle intervient avec le jeu des motivations à l'origine du choix professionnel : besoin accru de se sentir utile, besoin de « réparer personnellement son histoire en soignant l'histoire d'un tiers », ce qui peut entretenir la tendance à exercer un contrôle sur les autres et la pauvreté des investissements dans sa vie privée.

Nous en voyons l'illustration dans les cas cliniques décrits, en particulier le cas numéro 2.

L'accès des soignants à l'information, aux ressources et aux opportunités dans leur environnement professionnel favorise leur collaboration avec les médecins et les cadres et diminue le degré de stress ressenti au travail. Une équipe n'est pas un simple côtoiement hiérarchique de personnes oeuvrant dans différentes disciplines pour délivrer des soins aux patients. Des interventions pour améliorer la cohésion des groupes augmentent le plaisir au travail et réduisent le turn-over.

Les soignants du collectif étudié ont souligné le manque de communication avec les médecins du service et avec les cadres de santé. Ils déplorent une mauvaise qualité du travail d'équipe. Les médecins communiquent peu avec l'équipe para-médicale. La responsable du service, cadre de soin est perçue comme distante, elle n'autorise que peu d'autonomie et d'initiative. Ils signalent aussi le manque de reconnaissance de la hiérarchie.

La qualité des échanges d'informations, qu'ils soient verticaux (entre médecins et soignants) ou horizontaux (entre équipe successives ou collègues plus ou moins expérimentés) est primordiale pour la constitution d'un collectif solidaire.

En effet les bonnes relations au travail sont importantes et remplissent plusieurs fonctions. Elles jouent un rôle de support social et permettent au sein d'une équipe la diffusion du sentiment de responsabilité. Elles créent au sein d'une équipe un sentiment de libre expression et un sentiment d'efficacité et de valeur personnelle.

Des réunions interdisciplinaires ont été organisées avec présence des médecins.

Des groupes de paroles ont été créés permettant aux soignants de ce collectif de se rencontrer et de débattre sur certains thèmes proposés par chaque corps de métier.

Les salles de repos dans chacune des unités vont être rénovées pour les rendre plus spacieuses et plus claires.

L'étude de ce collectif en burn out fait référence à la difficulté à la confrontation à la maladie et à la mort. La mort est constamment vécue comme un échec et peut faire naître chez le soignant un sentiment de culpabilité.

Création de groupes de parole.

Quels sont les indicateurs permettant de repérer les états d'épuisement professionnel dans le cadre des consultations médico-professionnelles de médecine du travail ?

1- indicateurs cliniques :

- la fatigue
- anxiété
- des troubles du sommeil
- la prise de psychotrope
- des troubles rachidiens ou musculosquelettiques
- des troubles gastriques
- des troubles alimentaires
- troubles cardio-vasculaires ou autres (dermatologiques, thyroïdiens..)

2- indicateurs de « comportement » :

- conduite addictive comme prise de médicaments ou alcoolisation
- troubles alimentaires
- alexythimie
- sentiment de ne pas avoir le temps de tout faire en un temps donné

3- indicateurs de médecine du travail :

- augmentation des arrêts de travail souvent arrêts de travail courts
- apparition d'accident de travail
- augmentation du temps de consultation
- demande de visites spontanées (visites demandées par le salarié en dehors des visites règlementaires)
- turnover important
- demande de mutation

Ces indicateurs sont repérés au cours des consultations médico-professionnelles mais aussi des visites de poste. En effet, le médecin du travail a la possibilité de visiter les locaux de travail, de rencontrer les équipes de travail sur leur lieu de travail.

La rencontre des médecins du service étudié au cours des visites de poste m'a permis de leur rendre compte des difficultés de vécu professionnel de certains soignants et de leur expliquer l'importance du travail pluridisciplinaire. Il en a été de même pour la responsable cadre de santé. Un entretien à la suite d'une visite de poste, a permis d'évoquer plus concrètement le vécu de son équipe et a permis d'évoquer l'importance des pauses et de la convivialité des locaux de repos. La mise en place de groupes de parole a aussi été évoquée lors de ces entretiens privilégiés.

A la question, l'épuisement professionnel, peut-il être contagieux ?

Je répondrai oui.

Cette étude a mis en lumière l'aspect contagieux de l'épuisement professionnel qui

peut se faire dans toutes les directions en passant d'un soignant à l'autre, d'un soignant vers le cadre de soins. Dans le cas présent, l'équipe entière est « infectée », près de la moitié des soignants est en épuisement professionnel. Le phénomène de contagion s'est développé de manière centrifuge autour de deux soignants en burn out.

Les groupes de parole mis en place ont permis aux soignants de s'exprimer sur ce sujet. Une psychologue du travail a participé aux premières réunions.

CONCLUSION

La relation d'aide est au centre du syndrome d'épuisement professionnel, « quand la relation d'aide « tombe malade », la symptomatologie est celle du burn out » (9) ce qui expliquerait sa grande fréquence chez les soignants.

Je débiterai la conclusion en ébauchant les réponses qui peuvent être données au syndrome d'épuisement professionnel chez le soignant.

Quelles réponses données à ce syndrome ?

- Repérer les dysfonctionnements organisationnels et institutionnels afin de limiter le développement du syndrome d'épuisement professionnel.

Les objectifs et responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs pour chaque membre de l'équipe ?

Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils assez définis ?

L'organisation technique et ergonomique est-elle adaptée pour remplir ses fonctions ?

Quel est le système actuel de reconnaissance au travail ?

Favoriser le travail pluridisciplinaire

- Etudier les possibilités de mutation. C'est à cette occasion que de nouveaux objectifs sur la base de nouveaux repères doivent être déposés, sans avoir le sentiment d'être rétrogradé. Bilan d'orientation, formation et suivi au niveau des ressources humaines.
- Prise en charge individuelle : médecin du travail, psychologue, médecin traitant, médecin spécialiste. Les périodes de souffrance étant souvent des temps propices à la maturation des réflexions et à l'élaboration des futurs projets à condition que l'on ne reste pas seul face à la souffrance.
- Au niveau de la vie privée, introduire les activités sportives ou de loisir et de détente dans ses journées.

Au travail, il faut renforcer le suivi individuel du soignant. Chez lui, lui permettre de mettre en place un soutien.

Il s'agit d'un syndrome multifactoriel et pluridimensionnel, sa complexité rend le diagnostic peu évident et sa prévention difficile.

La mise en place de procédures d'amélioration requiert des méthodes de repérage et de signalisation des dérives.

Enquêtes et entretiens servent de support.

Concernant l'étude de ce collectif de soignants, les entretiens et l'enquête d'évaluation du burn out ont reçu un très bon accueil auprès des soignants interrogés. Ce succès s'explique tout d'abord par le besoin que beaucoup de soignants expriment de pouvoir donner un sens au malaise qu'ils ressentent.

Lors des entretiens, la plupart des soignants interrogés ont exprimé leur satisfaction de voir leurs problèmes de stress et de fatigue pris en compte et donc reconnus. L'intérêt et la sollicitude qu'a pu porter le médecin du travail ont été vécus très positivement.

Une restitution de l'étude a été faite lors d'une réunion de service en présence de la direction de la Clinique. La direction a consacré un intérêt non négligeable aux questions d'épuisement professionnel et de stress par le biais de mise en place de formations spécifiques.

Le burn out n'est pas un problème individuel, mais aussi un mal de notre société. C'est la personne qui craque, mais les sources du problème vont au-delà de la personne elle-même. En fait, c'est l'interaction entre l'individu et les structures qui l'entourent qui est en cause.

Je suis d'accord avec Yves Clot (27) qui préconise de « soigner le travail, en faisant que chacun le soigne davantage et oser les controverses ». C'est un bon moyen de redéfinir le collectif.

ANNEXE I

GUIDE DE CONSULTATION POUR LES SOIGNANTS

1- Présentation de la personne, de sa trajectoire professionnelle

Age

Ancienneté dans l'établissement

Ancienneté dans le service

Formation initiale

Les diplômes

Autres expériences professionnelles avant l'arrivée dans l'établissement

2- Description du travail dans le service

Connaissance du service avant la prise de travail

Les premières impressions

L'évolution des modalités du travail depuis l'arrivée

Les relations professionnelles

3- Recherches d'indicateurs de stress chronique

Tension artérielle

Variabilité de poids

Variabilité de l'hygiène de vie : tabac, sport..

Recherche de TMS

Troubles du sommeil

Prise de psychotrope

ANNEXE II

LE MASLACH BURN OUT INVENTORY (MBI)

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item et donnez le chiffre correspondant à votre réponse.

0=jamais, 1=quelquefois par année ; 2=une fois par mois, au moins ; 3=quelquefois par mois ; 4=une fois par semaine ; 5=quelquefois par semaine ; 6=chaque jour

- 1. Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail**
- 2. Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail**
- 3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail**
- 4. Je peux comprendre facilement ce que mes malades ressentent**
- 5. Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle comme s'ils étaient des objets**
- 6. Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts**
- 7. Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades**
- 8. Je sens que je craque à cause de mon travail**
- 9. J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens**
- 10. Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai ce travail**

11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement
12. Je me sens plein(e) d'énergie
13. Je me sens frustré(e) par mon travail
14. Je sens que je travaille trop dur dans mon travail
15. Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
16. Travailler en contact direct avec les gens me stresse trop
17. J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades
18. Je me sens ragaillard(e) lorsque, dans mon travail, j'ai été proche de mes malades
19. J'ai accompli beaucoup de choses qui en valent la peine dans ce travail
20. Je me sens au bout du rouleau
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement
22. J'ai l'impression que mes malades me rendent responsables de certains de leurs problèmes

Résultats

Épuisement émotionnel : questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20

Degré de burn out bas si total <17 ; modéré si 18 <total< 29 ; élevé si total > 30

Dépersonnalisation : questions 5, 10, 11, 15, 22

Degré de burn out : bas si total <5 ; modéré si 6 <total< 11 ; élevé si total > 12

Accomplissement personnel : questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21

Degré de burn out : bas si total > 40 ; modéré si 34 <total< 39 ; élevé si total < 36

BIBLIOGRAPHIE

1. Seyle, H. – A syndrom produced by divers noucuous agents. Nature – 1936, Vol 138, n°2.
2. Cannon, W.B. – Woodoo death. – American anthropologist, 1942, Vol 44.
3. Veil, Claude – Les états d'épuisement - Concours médical, 1959, p.2675-2681.
4. Freunberger, H.J. – Staff burn out. Journal of Social Issue, 1974, 30 (1), 159-165.
5. Freunberger, H.J., L'épuisement professionnel : « la brûlure interne ».
6. Maslach, C. – 1978, « The client Role in Staff Burn Out », Journal of Social Issue, 34, 11-24.
7. Maslach, C., Jackson S. – Maslach Burn Out Inventory. Consulting psychologist press, Palo Alto, 1986.
8. Camouï, P. – L'évaluation du burn out et ses résultats. – Soins 630, novembre 1998 : 12-14.
9. Canouï, P., Mauranges, A. – Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants : de l'analyse du burn out aux réponses. Masson 1998.
10. Thurin, J.M., Baumann, N. – Stress, pathologies et immunité. – Flammarion/Médecine sciences.
11. Thurin, J.M. – Une vie sans soie : clinique et interprétation des maladies psychosomatiques. – Frison-Roche 1996-2007

12. Paoli, P., Merllie, D. – Troisième enquête Européenne sur les conditions de travail – 2000. Dublin. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de travail – 2001, 72 p.
13. Canouï, P., 1996, Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique, Thèse pour le doctorat d'Ethique et Biologie dirigée par M. Cloup, Université Paris V, 175 p.
14. Gauthier, I. – Burn out des médecins. – Bulletin du conseil de l'Ordre des médecins de la ville de Paris, Mars 2003 – n°86.
15. Estryng-Behar, M., Le Nezet, O., Duville, N. – 2005, « Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe » (en ligne), disponible sur Internet : <http://www.preqgt-next.com>
16. Belfert, R. – juillet-août 2005, « Conditions de travail, grâce à Presst, je reste ! ». L'infirmière magazine, n°207, pp8-10.
17. Mauranges, A., mars 2007, « syndrome d'épuisement professionnel, une réalité de plus en plus fréquente », Revue de l'infirmière, n°128, pp.12-15.
18. Loriol, M., 1999 – « de la fatigue des infirmière au syndrome d'épuisement professionnel. La construction sociale d'une catégorie », dans « le corps et le langage » sous la direction de Pierre Parlebas , Paris, L'Harmattan, col. »Dossiers Sciences Humaines », p.35-36.
19. Loriol, M. – le burn out des infirmières : une construction sociale de la fatigue au travail. Revue Travail et Emploi, avril 2003 ; 94.
20. Delbrouck, M. – Le burn out du soignant .Collection oxalis. Edition 2008.

21. Truchot, D. – Epuisement professionnel et burn out. Concepts, modèles, interventions ; - Dunod.
22. Letonturier, P. – le syndrome d'épuisement professionnel une nouvelle maladie professionnelle. La Presse Médicale- Vol 33, n°6 – mars 2004, p.393.
23. Jullian, M. – Comprendre et prévenir l'épuisement professionnel des soignants. Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique – 2007.
24. Consoli, SG. – Le Moi-peau. In : La peau. Médecine/Sciences, Masson, Paris, 2006.
25. Thurin, J.M. – Mécanismes d'ajustement au stress. EMC 2008.
26. Delmas, P ;, mars 2007, « La hardiesse, une ressource pour mieux gérer le stress » - Revue de l'Infirmière, n°128, pp.24-25.
27. Clot, Y. – Le Travail et le Pouvoir d'Agir. – PUF -

RESUME

Le mémoire traite de l'épuisement professionnel du soignant étudié par un médecin du travail confronté à un collectif de 47 soignants en burn out.

Les 47 soignants ont été vus par le médecin du travail au cours d'entretiens effectués à partir d'un guide de consultation. L'évaluation de l'épuisement professionnel a été établie à partir du rendu de questionnaires MBI.

Parmi le collectif étudié 22 soignants (un peu moins de la moitié) ont été évalués comme étant en état d'épuisement professionnel dont 3 en état d'épuisement élevé.

Les trois cas sont décrits plus en détails.

Cette étude a donné lieu à des pistes de réflexion sur l'utilité d'indicateurs simples pour repérer les états de burn out dans le cadre des consultations médico-professionnelles de médecine du travail et sur les moyens de prévention.

Mots clé : Epuisement Professionnel, soignant, Médecine du Travail, consultation médico-professionnelle de médecine du travail, questionnaire MBI, indicateurs, moyens de prévention.

Résumé en Anglais :

The report treats with the professional exhaustion of nursing studied by a company doctor confronted with a collective of 47 nursing in burn out.

47 nursing were seen by the company doctor during maintenances

made from a guide of consultation. The evaluation of the professional exhaustion was established from the depiction of questionnaires MBI.

Among the studied collective 22 nursing (a little less half) were estimated as being able of professional exhaustion among which 3 in state of high exhaustion.

Three cases are described more in detail.

This study gave place to tracks of reflection onto the utility of simple indicators to spot(locate) the states of burn out within the framework of the medical professional consultations of occupational medicine and on the means of prevention.

Keywords: professional Exhaustion, looking, Occupational medicine, medical professional consultation of occupational medicine, questionnaire MBI, indicators, means of prevention.