



Chapitre 105

Burn-out aux urgences : fatalité ou réalité ?

T. MAUPIN

Points essentiels

- L'épuisement professionnel peut toucher tous les métiers mais surtout le milieu hospitalier, le milieu scolaire, les services sociaux ou autres métiers d'aide.
- C'est la maladie du battant (1).
- Article L. 4121-1 du code du travail stipule que « l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs » (2).
- 25 à 40 % des professionnels de santé déclarent souffrir de troubles de santé liés au stress au travail.
- Un nouveau plan « santé au travail 2010-2014 » demande que la prévention et la gestion des risques psychosociaux soient prises en compte.
- La loi « Hôpital Patient Santé Territoire » exige un équilibre financier des structures de santé par la mutualisation des moyens, du travail en réseau et la performance au juste coût (3).
- Le travail au sein des structures de soins ne fait plus vivre sur les valeurs des années 70 mais sur les besoins individuels ou collectifs des soignants.
- 4 domaines interviennent dans l'épuisement professionnel : les facteurs au travail, la vie privée, la santé (condition physique) et la personnalité de l'agent.

Correspondance : Thierry Maupin. Cadre supérieur de santé Pôle Urgence Centre Hospitalier de la Région d'Annecy, BP 90074, 74374 Pringy cedex. Tél. : 04 50 63 66 47.
E-mail : tmaupin@ch-annecy.fr

1. Introduction

Le 29 février 2000, à l'occasion d'une conférence de presse, la vice-chancelière d'Autriche, Suzanne Riess-Passer, faisait l'annonce suivante : « *Mesdames, Messieurs. Je dois vous informer que le ministre de la Justice, Monsieur Michaël Krüger se retire de ses fonctions pour des raisons de santé. Il souffre d'un syndrome d'épuisement professionnel aigu et est actuellement hospitalisé* » (1). L'épuisement professionnel n'est plus tabou.

Le terme « *burn-out syndrome* », plutôt utilisé par le Canada, les États-Unis ou les pays Scandinaves, a son équivalence en France et au Québec sous le terme « *épuisement professionnel* ». Dans les années 70, un terme a été créé par les soignants pour définir cet état : le syndrome d'épuisement professionnel des soignants ou SEPS.

Des recherches sur Pub Med, Google et autres moteurs de recherche donnent, sur les 10 dernières années, plus de 1 000 textes, travaux de recherche et ceci dans tous les pays, y compris le Guatemala, l'Indonésie, et la Papouasie Nouvelle Guinée. L'épuisement professionnel chez les soignants et les médecins est un sujet d'actualité, surtout avec la loi « HPST » et la demande de performance des structures hospitalières. Les Hôpitaux travaillent actuellement sur la gestion de l'absentéisme qui continue à augmenter (+3,1 % par an). Le consensus est fait autour de la symptomatologie et du recours à la médication, qui n'est aucunement la solution à l'épuisement professionnel.

En 2008, un sondage TNS-Sofres était réalisé sur la qualité de vie au travail selon les employés. La question était la suivante : « *selon vous, parmi ces mots, quels sont ceux qui décrivent le mieux la façon dont la plupart des gens vivent leur travail ?* ». Le stress au travail arrivait très largement en tête avec 78 % des sondés devant l'intérêt au travail (43 %), la corvée (30 %), l'ennui (19 %), le plaisir (20 %), la souffrance (16 %) et le dynamisme (19 %).

D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les 3 pays où les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses sont les États-Unis, l'Ukraine et la France (4). En France, 50 à 60 % des arrêts maladie seraient liés au stress. Ce stress coûterait 10 à 20 % des dépenses de la branche accident du travail/maladie professionnelle de la Sécurité sociale. Un chiffre est avancé : 1 milliard d'euros, le coût annuel du stress en France (5).

Une nouvelle donnée est prise en compte dans le cadre de la santé au travail depuis 5 années : la gestion des risques psychosociaux, risques qui seraient source de l'épuisement professionnel.

2. Qu'est-ce que le *burn-out* ?

2.1. Historique

C'est Herbert Freudenberger, psychiatre de formation, qui décrit en 1974 pour la première fois le *burn-out*. Ce psychiatre pratiquait à New York auprès d'une clientèle de toxicomanes. Il avait remarqué que les bénévoles du centre de désintoxication étaient très motivés au début de leur engagement. Malheureusement, graduellement, ces mêmes bénévoles perdaient leur enthousiasme et développaient certains symptômes comme l'épuisement, la fatigue, les maux de tête. Associés à ces symptômes, il décrivait des symptômes psychologiques comme l'irritabilité, la colère des tensions ou de l'isolement.

Il affirmait que le « *burn-out* » se développait lorsque les bénévoles :

- nourrissaient une image idéalisée d'eux-mêmes ;
- qu'ils se percevaient comme dynamiques, charismatiques et particulièrement compétents.

Cette perception de soi étant complètement décrochée de la réalité du soi véritable, les objectifs à atteindre devenaient rapidement hors de portée.

Selon ses premières recherches (6), le « *burn-out* » est surtout associé à des facteurs individuels. C'est la maladie du battant. Il définissait le *burn-out* comme étant « un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail ».

2.2. *Burn-out* et relations interpersonnelles : l'apport de Maslach

Christina Maslach, en 1976, précise que le *burn-out* est surtout associé à la nature de l'environnement de travail comme le milieu hospitalier, le milieu scolaire ou les services sociaux (7).

En 1981, elle définit le *burn-out* comme un syndrome qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. Les signes principaux sont :

- l'épuisement émotionnel : stress, frustration, manque de motivation ;
- la dépersonnalisation : détachement, distance, isolement, cynisme, rejet. Le terme « dépersonnalisation » (utilisé dans ce contexte particulier) désigne la tendance qu'ont certaines personnes à nier le caractère concrètement humain (personnel) de certaines réalités qui les affectent trop. Par exemple, on désigne une personne comme « le pontage du 407 ». Il s'agit d'une façon de tenter de se mettre à l'abri en prenant une distance émotive devant la personne dont la souffrance nous atteint. Il arrive souvent que les personnes utilisent ce mécanisme de défense particulier au début d'un *burn-out*. La réduction de l'accomplissement : dévalorisation, auto-évaluation négative.

Aujourd'hui, il est généralement admis que l'épuisement professionnel démarre avec l'épuisement émotionnel, épuisement qui entraîne une dépersonnalisation. Cet épuisement émotionnel réduit l'accomplissement personnel soit directement soit indirectement au travers de la dépersonnalisation.

2.3. Le « Maslach *Burn-out* Inventory » ou MBI : une échelle de mesure

Christina Maslach, associée à Jackson, de 1981 à 1986, ont développé un outil de mesure : le MBI. C'est toujours l'instrument le plus utilisé pour mesurer l'épuisement. Cette mesure comprend 22 items regroupés sous 3 sous-échelles :

- 9 items pour l'épuisement émotionnel ;
- 5 items pour la dépersonnalisation ;
- 8 items pour l'accomplissement personnel.

Chaque sous-échelle est mesurée séparément. Il n'y a pas de score global. Pour les deux premières, un score élevé correspond à un *burn-out* élevé. Pour la dernière, un score élevé correspond à un accomplissement personnel élevé et en conséquence à un faible *burn-out* (8).

2.4. Généralisation du concept de l'épuisement professionnel

Les recherches de Maslach et de Jackson et leur premier outil de mesure, le MBI, limitent le syndrome du *burn-out* aux professionnels qui travaillent directement au service d'autrui.

Aujourd'hui, les recherches démontrent clairement que l'épuisement professionnel peut toucher l'ensemble des salariés et ce, peu importe leur champ d'activité.

L'épuisement professionnel n'est donc plus uniquement limité aux relations au travail. Ce syndrome est devenu la crise dans la relation avec le travail. Ainsi, dans toutes les professions, les salariés peuvent développer cette forme de fatigue en se désinvestissant de leur carrière (9).

Les spécialistes s'accordent aujourd'hui sur le fait que le SEPS prend sa source dans l'environnement de travail et qu'il est le résultat d'une interaction avec des stressors individuels ou organisationnels et des facteurs individuels. La nature du SEPS peut changer si la nature des pressions qui s'exercent sur l'individu change aussi.

S'il est vrai que l'écart entre les attentes des professionnels et la réalité quotidienne de l'emploi est toujours source d'épuisement professionnel, dans les années 2000, il ne s'agit plus des mêmes attentes ni de la même réalité. Le travail ne fait plus vivre les valeurs des années 70. La réussite professionnelle n'est plus l'objet des mêmes représentations. La poursuite du statut social, l'argent, la simple nécessité de trouver un emploi et de le garder (le chômage commence à toucher le métier d'infirmier), tous les motifs plus centrés sur soi (couple, enfants, divorce, activités sportives et culturelles) sont devenus des priorités. D'après leur étude, Mac Neese Smith et Crook trouvent que les jeunes infirmières américaines

attachent plus d'importance à l'aspect économique que leurs aînées. De même, les jeunes diplômés soignants débutent davantage leur carrière avec des valeurs tournées vers leurs vies privées, comparativement à leurs collègues plus anciens qui commençaient leurs vies professionnelles avec des valeurs d'engagement social.

2.5. *Burn-out* : de quoi parle-t-on ?

Le syndrome de l'épuisement professionnel n'a pas encore été inclus dans les grands systèmes de classification médicale. L'épuisement professionnel, initialement identifié parmi les personnels soignants ou aidants, peut concerner toutes les professions qui demandent un engagement personnel intense.

2.5.1. *Définition*

L'épuisement professionnel peut être comparé à un dérèglement de l'organisme. Un haut niveau de stress altérerait le fonctionnement de l'organisme tant au plan physique que psychologique. Actuellement, il n'y a pas une définition « universelle ». Il y a une multitude de définitions :

- OMS : « un sentiment intense de fatigue, de perte de contrôle et d'incapacité à aboutir à des résultats concrets au travail ».
- Schaufeli et Enzman (1998) : « l'épuisement professionnel est un état permanent, négatif, lié au travail chez les individus normaux. Il se caractérise essentiellement par une fatigue générale, du stress, un sentiment de diminution des compétences et d'une attitude dysfonctionnelle à l'égard du travail ».

2.5.2. *Données épidémiologiques*

En 2003, l'enquête SUMER, enquête lancée et gérée conjointement par la Direction générale du travail et la Direction de l'Animation, de la Recherche, des Études et des Statistiques (Dares) (10) dresse un état des lieux des expositions des salariés aux principaux risques professionnels en France. Les hôpitaux publics ont très largement été intégrés dans cette enquête. Au niveau méthodologique, cette enquête utilisait le questionnaire de Karasek (11) qui mesure les risques psychosociaux (la demande psychologique, la latitude décisionnelle et le soutien social) et un autoquestionnaire comportant des questions sur : l'appréciation sur la réduction du temps de travail, l'autoévaluation de l'état de santé, le travail et son influence sur la santé, les arrêts de travail pour maladie et accidents de travail, la violence au travail et les comportements hostiles. L'analyse de l'autoquestionnaire démontre que 25 % des salariés estiment avoir subi au moins une fois dans le passé un comportement hostile dans le cadre de leur travail ceci est ramené à 17 % pour l'emploi actuel.

Ces comportements hostiles surviennent surtout quand les contraintes hiérarchiques sont fortes, et le rythme de travail intense. Ils sont également plus fréquents quand les salariés jugent déféctueuse l'organisation du travail et quand ils signalent un manque de soutien de la part des collègues et de la

hiérarchie. La violence au travail peut prendre des formes très différentes : il peut s'agir de conflits entre le soignant et des personnes extérieures à la structure de soins sous forme d'agressions verbales ou physiques (12). Il peut s'agir également de comportements internes au collectif de travail (collègue, encadrement) sous forme d'une agression ouverte (physique ou verbale), ou sous forme plus dissimulée. Contrairement aux agressions, fréquentes dans les structures d'urgence, le processus peut être plus insidieux et se développer sur une longue période (13).

L'environnement du travail s'est considérablement modifié. En quelques années, l'influence de facteurs économiques, socioculturels, politiques et technologiques, a redessiné le cadre de vie et les conditions de travail.

2.5.3. Symptomatologie

Ce type de syndrome est généralement diagnostiqué comme un trouble de l'adaptation. Les spécialistes s'accordent à dire que le SEPS évolue en 4 phases :

- la phase d'alarme : apparitions d'agents dits « stressés » et qui impliquent des signes visibles d'adaptation ;
- la phase de résistance : le métabolisme s'adapte et le corps devient résistant ;
- la phase de rupture : réapparition des réactions caractéristiques... mais maintenant irréversibles ;
- la phase d'épuisement : les défenses psychologiques sont dérégulées. Le soignant se rend émotionnellement invalide et vit dans une perpétuelle angoisse.

Une étude de Fäber de 2000 montre que les individus ne sont plus atteints par la forme traditionnelle du SEPS, celle dans laquelle la poursuite utopique des buts élevés socialement significatifs se heurtait à la résistance d'un environnement de travail qui anéantit les espoirs professionnels : « *le syndrome d'épuisement professionnel qui prévaut aujourd'hui est marqué par le fait que les individus ont une multitude d'obligations, de pressions externes croissantes, des exigences grandissantes de la part des autres, une limitation des possibilités de s'engager et des salaires qui ne compensent que partiellement les efforts fournis* » (14).

Selon Hartman, il existerait donc trois formes d'épuisement professionnel (15) :

- le *burn-out*, épuisement dans lequel l'individu abandonne ou fait parfaitement son travail, mais se trouve confronté à trop de stress et à trop peu de gratifications ;
- l'épuisement classique ou frénétique dans lequel l'individu travaille de plus en plus dur, jusqu'à l'épuisement, à la poursuite de gratifications ou d'accomplissement pour compenser l'étendue du stress ressenti ;
- l'épuisement néfaste contraste lui avec les deux précédents. Il apparaît non pas à cause de tensions excessives, mais à cause de conditions de travail monotones et peu stimulantes.

3. Les causes de l'épuisement professionnel

« Ma profession d'infirmière, je l'ai choisie... Mais aujourd'hui, j'ai l'impression d'être vidée. Je dois aller d'un lit à l'autre. J'ai l'impression de n'avoir jamais le temps de faire correctement mon travail. Je supporte de moins en moins les plaintes, les angoisses des patients. Je me dis qu'être infirmière n'est pas aussi valorisant, gratifiant que cela... ». Le SEPS étant une conséquence du stress au travail, on retrouve parmi les causes les facteurs de stress.

3.1. Les facteurs de stress

Il est tout d'abord indispensable de se débarrasser des idées reçues comme quoi « un peu de stress, ça ne fait pas de mal », « le stress, c'est seulement un problème lié à la personne », « contre le stress, nous ne pouvons rien ». Pour lutter contre le stress au travail, les structures de soins doivent s'intégrer dans une démarche globale de prévention des risques professionnels (document unique « gestion des risques professionnels au travail, loi de 2001) (16). Cette démarche doit se dérouler de manière participative et pluridisciplinaire et avoir recours à des méthodes adaptables aux différentes situations de travail. Différentes études ont spécifiquement permis de souligner le rôle des facteurs suivants (17, 18) :

- absence de soutien : les relations avec les collègues de travail, l'encadrement, les patients ou les familles sont insuffisantes ou de mauvaise qualité ;
- absence de reconnaissance du travail effectué ;
- difficultés dans le retour des étapes du management : faiblesse de la participation aux prises de décisions, aux marges de manœuvre, insuffisance de retour d'information sur l'efficacité du travail ;
- perte de sens du travail ;
- ressenti de la « qualité empêchée » par manque de matériel ou de personnel : « je pense que je ne peux bien faire mon travail car... » ;
- surcharge de travail ;
- sentiment d'iniquité, sentiment de manque de réciprocité ;
- demandes contradictoires ;
- manque de clarté dans les objectifs, les moyens : « la feuille de route n'est pas clairement définie » ;
- apport de nouvelles technologies avec une professionnalisation incomplète ;
- les conditions et les organisations de travail : répétition des roulements de nuit.

3.2. Les risques psychosociaux

Les risques psychosociaux recouvrent des risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariés : stress, harcèlement, épuisement professionnel, violence au travail. Ils peuvent entraîner des pathologies professionnelles telles que des dépressions, des maladies psychosomatiques, des

problèmes de sommeil, des conduites addictives, mais aussi générer des troubles musculo-squelettiques ou autres maladies cardio-vasculaires. La prise en compte de ces risques est primordiale pour des établissements de soins sachant qu'en France (5) :

- 8 millions de Français souffrent d'une dépression ;
- 3 millions souffrent d'alcoolisme ;
- 25 % de la population présentera au moins un trouble psychiatrique au cours de sa vie ;
- 45 % des actifs se disent concernés par le stress professionnel ;
- 1 tentative de suicide toutes les 4 minutes et 2 sur le lieu de travail par jour.

En 2009, au sein de l'Assemblée nationale, une commission de réflexion sur la « souffrance au travail » a été composée. Le constat de la commission est le suivant (19) :

- indéniable impact des risques psychosociaux sur la santé des salariés. 20 % des causes des arrêts maladie de plus de quarante-cinq jours seraient liées à des troubles psychosociaux ;
- l'organisation et la charge de travail sont fréquemment évoquées pour expliquer des situations de souffrance au travail ;
- un management défaillant en matière de santé et de ressources humaines ;
- les relations avec le public sont un facteur de risques psychosociaux : les services des Urgences connaissent très bien le sujet ;
- les conflits de valeurs dans le travail peuvent aussi constituer des facteurs de risques psychosociaux : conflits d'éthiques, qualité empêchée.

4. Des solutions au SEPS ?

Les mesures de prévention doivent empêcher une aggravation de la santé des soignants déjà menacés d'épuisement et, parallèlement, prévenir l'apparition d'autres cas. Pour prévenir l'apparition du phénomène d'épuisement, il est recommandé de veiller à ce que l'organisation du travail et les contraintes qu'elle génère ne mettent pas les soignants à mal au regard des règles et des valeurs de leur métier. Il convient également d'optimiser le travail en équipe ou encore de favoriser le soutien social. La recherche d'issues passe par des stratégies individuelles (réponses émotionnelles ou évitement comme un changement de service), collectives ou mixtes (réorganisation de travail, écriture de fiches de poste ou de procédures, améliorer l'information, sollicitations des collègues, mise en place de stratégies collectives... l'implication de l'encadrement et de l'institution est fondamentale).

4.1. La médication

Dans la plupart des cas, la vraie solution au *burn-out* implique des changements importants dans notre façon de vivre. Il est possible, mais très difficile, de cerner les changements nécessaires et de les réaliser sans une aide professionnelle. Les médicaments (somnifères et antidépresseurs surtout) sont des outils qui peuvent aider à retrouver assez de forces pour entreprendre les changements nécessaires. Ils ne sont pas une solution au SEPS : c'est une aide à la recherche d'une solution. Ce support n'est pas nécessaire « en soi ». Plusieurs parviennent à résoudre leur *burn-out* sans médicaments. Mais leur démarche est plus exigeante et elle n'est pas nécessairement plus efficace. Pour d'autres, la phase médicaments est non seulement nécessaire, mais très utile. Sans ces moyens qui permettent de retrouver un sommeil plus raisonnable et de calmer leur tourbillon émotif : impossible alors de trouver la solution.

Quelles que soient nos préférences théoriques, il faut avant tout choisir les moyens qui nous aident le mieux à faire la démarche de changement nécessaire dans notre vie. Le SEPS n'est pas un état qui disparaît tout simplement avec le temps ou le repos. Il est la manifestation d'un déséquilibre profond dans notre façon de vivre et dans nos valeurs. Les enjeux sont trop importants pour les mettre à la merci de notions abstraites peu pertinentes comme le fait qu'un ingrédient soit « naturel » ou « chimique ». Mais il ne faut pas non plus s'imaginer que les médicaments (même en ajoutant des antidépresseurs) vont résoudre quoi que ce soit. Ils ne peuvent faire plus que leur effet : fournir des conditions plus favorables en calmant le tourbillon émotif et en facilitant le sommeil. Le travail qui compte vraiment est d'un autre ordre.

4.2. La gestion des risques psychosociaux : les connaître, les suivre et innover

De nombreux changements ont été constatés dans le monde du travail depuis les années 80 : l'intensification du travail, les changements dans les organisations, les restructurations, l'introduction de nouvelles technologies, les nouvelles contraintes pour les hôpitaux comme les procédures qualités, les recommandations, l'environnement ou la loi HPST.

Un rapport effectué à la demande du ministre du Travail et de la Santé en 2008 recommandait la mise en place d'un indicateur global du stress. Le rapport du Collège d'experts préconise de mettre en place des indicateurs nationaux pour suivre six facteurs de risques psychosociaux (20) :

- l'intensité du travail et le temps de travail ;
- les exigences émotionnelles ;
- le manque d'autonomie ;
- la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail ;
- la souffrance éthique ;
- l'insécurité de la situation de travail.

Ce rapport précise que ces facteurs ne doivent pas être envisagés séparément. Il recommande une première enquête complète en 2015.

Faisant suite à ce rapport, des recommandations ont été présentées sur « bien-être et efficacité au travail » : 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail (20) :

- l'implication de la direction générale est indispensable. L'évaluation de la performance doit intégrer le facteur humain et donc la santé des salariés ;
- la santé des salariés est d'abord l'affaire des managers, elle ne s'externalise pas. Les managers de proximité sont les premiers acteurs de santé ;
- donner aux salariés les moyens de se réaliser dans le travail. La gestion des compétences et des emplois est déjà mis en place dans les structures de soins. Restaurer des espaces de discussion et d'autonomie dans le travail ;
- impliquer les partenaires sociaux dans la construction des conditions de santé. Le dialogue social est une priorité ;
- la mesure induit des comportements. Mesurer les conditions de santé et de sécurité au travail est une condition du développement du bien-être dans les hôpitaux ;
- préparer et former les managers au rôle de manager. Affirmer et concrétiser la responsabilité du manager vis-à-vis des équipes et des hommes ;
- ne pas réduire le collectif de travail à une addition d'individus. Valoriser la performance collective pour rendre les organisations de travail plus motivantes (quantitatif, qualitatif, financier) et plus efficaces ;
- anticiper et prendre en compte l'impact humain des changements. Tout projet de réorganisation ou de restructuration doit mesurer l'impact et la faisabilité humaine du changement ;
- la santé au travail ne se limite pas aux frontières des structures de soins ;
- ne pas laisser le soignant seul face à ses problèmes.

Forts de ces propositions, nous pourrions établir une liste, non exhaustive, d'actions possibles pour améliorer la santé au travail :

- supprimer la communication par mail et privilégier les réunions d'équipes : travailler sur la communication. Le nombre de réunions d'échanges et d'information sera proportionnel au nombre de soignants affecté dans le service : plus il y a de soignants, plus il y a de réunions ;
- former l'encadrement aux techniques de communication ;
- prendre en charge les inscriptions aux clubs de sports et/ou faire des échauffements avant la prise de poste (des études dans le monde du bâtiment montrent leur bienfait) ;
- repenser la formation continue pour que tous les soignants se maintiennent en compétence : mesurer le gain de la formation ;

- organiser régulièrement des réunions d'échanges entre la direction de l'institution et les soignants ;
- mettre en place des indicateurs comme préconiser en incluant des soignants, des représentants syndicaux et de la direction dans le groupe de suivi... en plus du CHSCT ;
- étudier les charges de travail en soin régulièrement pour adapter les ressources humaines (en plus ou en moins) à l'activité ;
- protéger le personnel des violences physiques et psychologiques surtout dans un service d'urgence ;
- s'assurer que les besoins en matériel pour « bien faire » sont adaptés (réduire la charge physique) ;
- valoriser les groupes de parole ;
- sensibiliser les soignants à ces risques pour mieux les connaître, mieux les appréhender pour faire face ;
- privilégier une démarche plus participative des soignants dans la gestion de projet. Là aussi, la communication est à travailler ;
- étudier et travailler sur l'absentéisme surtout sur son volet qualitatif et proposer des solutions ;
- augmentation de la rémunération, surtout celle de la nuit ;
- dans les services à forte technicité, remplacer le binôme IDE/AS par un binôme IDE/IDE.

5. Conclusion

Il n'y a pas une solution universelle pour lutter contre l'épuisement professionnel, le stress ou les risques psychosociaux mais des solutions à rechercher en fonction de chaque structure de soins ou au sein de chaque service.

En 2005, 22 % des salariés européens estimaient que leur santé était affectée par des problèmes de stress au travail (4), ce qui faisait du stress au travail un des problèmes de santé au travail déclaré, derrière les maux de dos et les troubles musculo-squelettiques.

Il existe des recommandations pour améliorer la santé au travail. Il faut maintenant les mettre en œuvre, surtout au regard de l'impact pour les soignants et le coût pour les institutions.

L'encadrement institutionnel et de proximité doit être formé pour proposer des actions de prévention ou correctrices. L'encadrement doit améliorer sa communication et, qualité indispensable, être innovant.

Le manuel de la Haute Autorité de Santé stipule que l'employeur doit pratiquer régulièrement une enquête de satisfaction au travail ; pourquoi ne pas exploiter les résultats au niveau national ?

Références

1. Freudenberger H.J., Richelson G. 1981. Burn-out: the high cost of high achievement. Bantam Books, p. 216.
2. Code du travail. Quatrième partie : santé et sécurité au travail. Livre 1^{er}. Titre 2. Version du 10 février 2013.
3. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
4. Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Département de la santé mentale et abus de substances psychoactives. Rapport. 2006.
5. Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Dossier sur les risques psychosociaux. 2011.
6. Freudenberger H.J. « L'épuisement professionnel : la brûlure interne ». Québec. Gaétan Morin éditeur. 1987.
7. Malasch C. Burned-out. Human behav 1976 ; 5 : 16-22.
8. Malasch C. Burn-out : the cost of carrying. Englewoods Cliffs NJ. Prentice-Hall 1982.
9. Agoub M., Elyazaji M., Battas O. 2002. Épuisement professionnel et sources de stress au travail chez les soignants. Annales médicopsychologiques 158 : 687-692.
10. Direction générale du Travail et la Direction de l'Animation, de la Recherche, des Études et des Statistiques (Dares). Enquête Sumer 2003.
11. Guignon N., Sandret N. 2008. « Les facteurs psychosociaux au travail : une évaluation par le questionnaire de Karasek dans l'enquête Sumer 2003 ». Premières synthèses, Dares. N° 21, mai.
12. Bué J., Sandret. (2007), « Contact avec le public : près d'un salarié sur quatre subit des agressions verbales », première synthèse, Dares n° 15.1.
13. Grenier-Péze M., Soula M.C. (2002), « Approche pluridisciplinaire du harcèlement moral », document pour la médecine du travail.
14. Davezies P. 1999. « Évolution des organisations du travail et atteintes à la santé ». Travailler, vol. 3.
15. Hartman A., Perlman B. 1981. Career ladders of mental health professionals. Wisconsin University, Oshkosh.
16. Document unique d'évaluation des risques professionnels. Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001.
17. Chevniess C. 1995. Beyond burn-out: helping teachers, nurses, therapists and lawyers recover from stress and disillusionment. Rotledge.
18. Wilson J.L. 2002. Adrenal fatigue: the 21st century stress syndrome. Smart Publications.
19. Commission des affaires sociales. Rapporteur : Lefrand G. 2009. En conclusion des travaux de la mission sur les risques psychosociaux. Assemblée nationale.
20. Lachman H., Larose C., Penicaud M., Moleux M. 2010. Bien-être et efficacité au travail : 10 propositions pour améliorer la santé psychosociale au travail. Édition Premier Ministre.