



LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

QUELS ENJEUX ETHIQUES ?

LES FICHES DOC'ETHIQUES DE L'EREBFC

Temps de lecture : env. 30 min

Les fiches "Doc'éthique" sont conçues comme un soutien à la réflexion préalable en éthique. L'éthique n'est pas une prise de position, ni un code de bonnes pratiques ou encore un jugement de valeurs. L'éthique est une démarche réflexive mettant en exergue les oppositions entre différentes valeurs et soulignant la nécessité d'y réfléchir afin de prendre ensuite des décisions circonstanciées et éclairées.

Le format court des "Doc'éthique" permettra ainsi aux intéressés d'avoir une première vue d'ensemble des questions qui jaillissent du thème traité, mais également au chercheur désireux de travailler sur cette thématique d'y trouver une première base pour affiner son questionnement et/ou son thème de recherche en éthique. Ces fiches produites par l'EREBFC sont toutes écrites sous le format librement inspiré du "je-tu-il" de Paul Ricoeur.

Une bibliographie pour lecteur curieux est proposée en complément.

Pour aller plus loin, nous vous invitons à vous référer à notre onglet "Documentation" sur : www.erebfc.fr



« Une semaine après avoir annoncé que je reprenais mon travail d'aide-soignante, il m'a fallu un peu de courage pour dessiner ce que j'ai vécu ce premier (et seul) jour dans ce nouveau service : la déception, le découragement, la colère, face à des choses déjà vues mille fois. Enchaîner les tâches pendant des heures, pour finalement mal prendre soin, courir d'une chambre à l'autre, sans prendre une seconde pour un sourire, un mot, une main tendue. J'ai fini ce premier jour le cœur broyé. J'aime ce métier aussi fort que je suis écœurée de ne pouvoir l'exercer dans de bonnes conditions. Après ce faux départ, je ne sais pas si je remettrai ma blouse ; j'ai postulé ailleurs, le temps de digérer certaines images. Digérer, jamais accepter. »

[1]

INTRODUCTION

C'est dans les années 90 que le monde du travail a peu à peu vu apparaître la notion de "souffrance au travail". Bien que cette mise en évidence soit récente, les entreprises savent depuis longtemps que le bien-être au travail peut être un facteur efficace de productivité. [2] Ce nouveau thème d'étude naît d'un changement majeur dans l'organisation du travail avec de nouvelles logiques budgétaires, induisant de nouvelles pratiques managériales avec une réduction des coûts à tout prix, ce au détriment du professionnel qui doit sans cesse s'adapter aux nouvelles exigences. Alors que la société nous incite à voir aujourd'hui le travail, au-delà des avantages matériels, comme un lieu d'épanouissement, de stimulation et d'enrichissement humain (élément très prégnant chez les professionnels de santé), le contraste n'en est que plus fort avec la réalité du terrain où l'énergie du professionnel est étroitement canalisée. [3]

Par "professionnel de santé", ou "soignant", nous entendons **toutes les professions médicales et paramédicales qui gravitent dans le milieu de la santé** : médecins bien sûr, mais également pharmaciens, manipulateurs radio, kinésithérapeutes, aides-soignantes, infirmiers, brancardiers, cadre de santé, orthophonistes, etc. Les métiers gravitant autour comme les secrétaires médicaux sont jusqu'à un certain point inclus dans ce discours, dans la mesure où ils appartiennent au même milieu de travail, rencontrent des difficultés similaires, peuvent réagir de manière identique au contact des patients et servent le même but.

Contrairement à une idée communément partagée pendant de nombreuses années, **le professionnel de santé n'est pas épargné par la souffrance au travail**. Le terme de burnout désormais mondialement connu dans tous les milieux professionnels, est d'ailleurs né d'observations dans le milieu du soin. On a pu observer à l'hôpital, que les nouvelles contraintes administratives et financières, avant même la période de pandémie de Covid-19, « *retentissent sur les conditions de travail du personnel hospitalier et ce, quelle que soit la catégorie professionnelle, des agents hospitaliers à l'équipe de direction, des soignants aux cadres de santé ainsi qu'aux médecins* » [4]. Si l'hôpital public est la structure de santé sur laquelle tous les projecteurs sont actuellement concentrés, la souffrance qu'on y constate le dépasse et fait écho à tout le secteur médical sur le territoire national. Or, comme le rappelait Martin Hirsch, directeur général de l'AP-HP : « *Un personnel soignant en souffrance ne peut pas correctement répondre à la souffrance des patients dont il a la charge* ». [5]

La crise sanitaire agit comme un révélateur de problématiques déjà latentes dans le monde des professionnels de santé. En témoigne, parmi tant d'autres, une étude publiée en octobre 2020 par l'Ordre National des Infirmiers [6] : si 33 % des infirmiers déclarent « *qu'ils étaient en situation d'épuisement professionnel avant la crise* », ils sont aujourd'hui 57 % à déclarer « *être en situation d'épuisement professionnel depuis le début de la crise* ». La brochure 2021 de l'association des Soins aux Professionnels de Santé (SPS) [7] basée sur une étude de 2015-2016 auprès de l'ensemble des professionnels de santé interrogés précise que 50 % d'entre eux estiment être, ou avoir été en situation de burnout, 47 % ne savent pas à qui s'adresser en cas de difficulté et 48 % pensent que leur souffrance psychologique pourrait impacter la qualité des soins au point de mettre en danger les patients. **Les soignants exerçant en libéral ne sont pas épargnés non plus**, comme le montre une étude publiée en mars 2021 par Carpimko [8] : 53,5 % des répondants présentaient des signes de burnout, 15,9 % à un niveau important et 4,9 % à un niveau pathologique. Toujours selon cette étude, les infirmiers libéraux sont les plus touchés par ce syndrome avec 56,5 %, suivi de près par les orthophonistes (48,6 %), les pédicures podologues (48,5 %), les orthoptistes (39,8 %) et les masseurs kinésithérapeutes (32 %).

Le soignant a pour rôle de prendre en charge la souffrance des patients et prend sur lui pour apporter des réponses. Par conséquent, est-il facile de parler de ses propres souffrances quand on doit faire rempart à celle des autres ? Aujourd'hui les organisations de soins ne permettent pas de prendre en compte les souffrances des professionnels de santé de manière suffisamment précoce. Si la bientraitance est au cœur de l'engagement des soignants, ne risque-t-elle pas de devenir un concept théorique sans une prise en charge organisationnelle de leur souffrance ? Cette dernière est d'autant plus prégnante que ce sont des métiers où l'on doit faire des choix en conscience tous les jours par rapport à l'humain et que ces choix en conscience s'accompagnent pour leur majorité de dilemmes éthiques.

Si la souffrance des soignants est un thème richement abordé dans la littérature scientifique, les enjeux éthiques qui découlent d'un soin prodigué par un personnel soignant en souffrance le sont beaucoup moins. L'éthique apporte un éclairage essentiel sur la prévention de la souffrance des soignants dans le but de permettre une meilleure qualité de soin du patient, et proposer un autre regard sur le contexte dans lequel le soignant travaille et où le patient est soigné.

1- LE SOIGNANT EN SOUFFRANCE

QUELLES PROBLÉMATIQUES LA DÉFINITION DU SYNDROME D'ÉPUISEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (SEPS) ET SES FACTEURS RÉVÈLENT-ILS ?

Le SEPS est une forme typée du burnout plus spécifique au monde du soin. Plusieurs définitions cohabitent dans la littérature, la plus courante consiste à le définir par ses trois caractéristiques :

- **L'épuisement émotionnel** caractérisé par la difficulté à accueillir des émotions nouvelles ou faire un effort ;
- **La perte du sens et de l'accomplissement de soi au travail** qui se traduit par une démotivation, un doute de ses compétences ;
- **La déshumanisation de la relation à l'autre**, composante propre au professionnel aidant, traduite par une "sécheresse émotionnelle", du cynisme, des modes de défense psychologiques mis en place inconsciemment pour se protéger. Au-delà de la souffrance que cet état engendre chez le professionnel, ce mode de défense conditionne le soignant sinon à la maltraitance, du moins à la non bienfaisance envers les patients.

Est-ce une pathologie ? Non* : « *Le burnout ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic officiel dans les classifications médicales de références que sont la CIM-10 et le DSM-V. [...] Le burnout ne se caractérise pas par un "diagnostic clinique" unique et précis, faisant état à la fois de symptômes et de causes bien établies. [...] Il est défini comme un syndrome - le syndrome d'épuisement professionnel - qui regroupe un ensemble de signes cliniques et de symptômes qui apparaissent progressivement chez l'individu, sans pour autant se référer à un élément causal dans sa définition.* » [9]

[1] Témoignage d'une aide-soignante, Compte Instagram @skvisza, post du 26 janvier 2020

[2] Roethlisberger F. J., and Dickson W. J., « Management and the Worker » Pp. xxiv, 615. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1er mars 1940

[3] Moatty F. & Gheorghiu M., « L'hôpital en mouvement : changements organisationnels et conditions de travail », éd. Rueil-Malmaison : Liaisons, 2013

[4] Fiche repère CNERER, « L'accès aux soins de réanimation en période de pandémie de Covid-19 », décembre 2021 (travail coordonné par l'ERE BFC)

[5] Discours de Martin Hirsch qu'il cite dans la préface de « Le burnout à l'hôpital » cf. [13]

[6] Ordre des Infirmiers, « COVID19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation des 700 000 infirmiers de France alors que l'épidémie s'accélère à nouveau », 11 Octobre 2020

[7] ASPS, Brochure 2021 de l'association Soins aux Professionnels de Santé, Août 2021


[8] Carpimko, Etude sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la Carpimko, Novembre 2020

[9] INRS, Guide d'aide à la prévention « Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout », Mai 2015


*Un syndrome psychique comme le burnout, peut être reconnu comme maladie professionnelle si les deux conditions cumulatives suivantes sont réunies : 1/ il est établi que le syndrome est essentiellement et directement causé par le travail : s'il doit exister un lien direct et essentiel avec les conditions de l'exercice professionnel, ceci ne signifie cependant pas que ce lien doit être exclusif. En effet, pour apprécier l'origine professionnelle de la pathologie, l'Assurance maladie peut prendre en compte un éventuel état antérieur ainsi que les facteurs extraprofessionnels qui peuvent impacter la santé mentale du salarié ; 2/ et, il a entraîné une incapacité permanente partielle (IPP) égale ou supérieure à 25%.

Source : Juri Travail, « Le burn-out reconnu comme maladie professionnelle », 15 octobre 2021





[10] ISNAR-IMG, l'INSI et l'ANEMF, Enquête : « Santé mentale des étudiants en médecine: les conditions d'étude et de travail en cause », 27 octobre 2021 


[11] FNEI, « Crise du Covid-19 : pas de retour à la "normale" ! », dossier de presse, Août 2021


[12] FAGES, « Pronostic mental engagé, Rapport sur la santé mentale », Dossier de presse, décembre 2020 

[13] Canoui P., Mauranges A., Florentin A., « Le burnout à l'hôpital », 5ème édition, Ed. Elsevier Masson, septembre 2015


[14] Galanopoulou L., « Les deux tiers des étudiants et des internes de médecine sont en burnout : l'enquête alarmante des structures de jeunes », Le Quotidien du médecin, 27 octobre 2021 

[15] Baudry M., Briansoulet M., Perrochon A., « Relation entre le risque de burnout et le mode d'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute », revue Kinésithérapie, Volume 20, Issue 221, May 2020, pp. 3-9 

*InterSyndicale Nationale Autonome
Représentative des Internes de Médecine
Générale 

** InterSyndicale Nationale des Internes 

*** Association Nationale des Étudiants en
Médecine de France 

* Le Maslach Burnout Inventory (MBI) est un outil de diagnostic relatifs à des symptômes de l'épuisement professionnel. La forme originale du MBI a été développée par Christina Maslach et Susan E. Jackson. Créé en 1981, le questionnaire a depuis été plusieurs fois modifié, il existe aujourd'hui cinq versions. Le MBI mesure trois dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation, et l'accomplissement personnel. Source : INRS 



Cinq grands facteurs de risques peuvent être à l'origine de cette souffrance mentale :

- **Les facteurs liés au soignant lui-même**, comme son caractère, un deuil récent, une rupture, le décalage entre la réalité du métier et l'idéal conçu par le soignant ;
- **Les facteurs liés au type de travail**, très nombreux dans le travail du soin : stress inhérents à la prise en charge, symptômes non contrôlés des patients, âge parfois jeune des patients, deuils répétés, agressivité des patients et de leurs proches ;
- **La charge de travail et son organisation** : définition des rôles et des tâches de chacun, gestion des fréquentes interruption des tâches, instabilité des plannings ;
- **Les facteurs liés au management** : la manière même de manager les soignants influe fortement sur leur efficacité et peut les aider à donner du sens à ce qu'ils font, particulièrement pour les professionnels avec beaucoup d'expérience. La première cause de souffrance au travail, de manière générale, est le manque de reconnaissance ;
- **Les facteurs liés aux relations interprofessionnelles de l'équipe** : simples inimitiés humaines, conflits, non partage d'informations, culture de l'humiliation ou du manque d'écoute... Lorsque le soignant travaille en équipe, plus l'intelligence collective de l'équipe sera grande, plus le soignant sera résilient. A revers, c'est souvent le manque de vie d'équipe qui se fait sentir : suppression des temps conviviaux en équipe, inexistence des lieux de libération de la parole, etc. Les libéraux peuvent eux aussi souffrir d'isolement et de manque de lieux d'échange entre pairs.

Il convient de souligner qu'un seul de ces critères dépend exclusivement du soignant. Les quatre autres sont quant à eux liés au travail lui-même et à l'organisation du travail. On peut ainsi en déduire que le travail des soignants les fragilise.

LES FUTURS PROFESSIONNELS DU SOIN FRAGILISÉS DÈS LES ÉTUDES ?

Trois organisations représentant les étudiants en médecine, l'ISNAR-IMG*, l'INSI** et l'ANEMF***, ont présenté à l'Assemblée nationale le 27 octobre 2021 une enquête alarmante, réalisée auprès de 12 000 d'entre eux, soit 15 % des internes et étudiants de France. [10] L'étude de 2021, plus poussée que la précédente conduite en 2017, indique que 75 % des futurs médecins montrent des symptômes anxieux, 39 % des symptômes dépressifs, 19 % des idées suicidaires. Ces chiffres impressionnent et inquiètent par leur taille. D'autres études renvoient à des constats similaires chez les étudiants des autres professions de santé. [11-12]

Pierre Canoui explique dans *Le burnout à l'hôpital* qu'il semble exister une corrélation entre la jeunesse du soignant et deux dimensions du SEPS : l'épuisement émotionnel et la déshumanisation de la relation, signifiant que le jeune âge de l'étudiant le poserait de facto dans une situation de fragilité. [13] L'étudiant en immersion dans les services apprend des observations qu'il fait et se questionne sur les pratiques qu'il voit au quotidien. L'écart entre la représentation bienveillante du soin respectueux qu'il possède et la réalité du terrain peut être très difficile et amener à une perte de sens dès les études. Au regard des chiffres de SEPS dans la communauté des professionnels de soin, combien de formateurs atteints de SEPS font la démonstration d'une profession dégradée auprès des étudiants sans le savoir ? Quel modèle du soin et du métier transmettent-ils à la jeunesse ? Selon les organisations citées plus haut : « *Ce ne sont pas les étudiants ou les internes qui sont fragiles, c'est le système qui les fragilise.* » [14] S'il est souhaitable que le professionnel se questionne sur sa pratique et sur le modèle de soin qu'il veut transmettre aux prochaines générations de soignants, une réflexion plus générale reste à mener.

Face à l'incompréhension des professionnels voyant le cadre d'apprentissage des étudiants moins lourd qu'à l'heure de leur propre formation, des études plus poussées de terrain pour saisir la mesure des accusations des étudiants apporteraient un éclairage nécessaire afin de prévoir une prochaine génération de soignants en bonne santé mentale. Des embryons de proposition existent déjà : mettre en place dans le parcours des étudiants des temps obligatoires chez un psychologue et des groupes de travail pour travailler sur leur rapport à la vie, à la mort et à la souffrance, prévoir des temps d'apprentissage de la démarche de réflexion éthique et de l'échange en équipe interdisciplinaire, etc.

QU'EN EST-IL DES LIBÉRAUX ?

Du côté des libéraux, nous avons pu voir que **l'exercice même du libéral majorait le risque de la survenue d'un SEPS comparé à un exercice salarié**, comme l'illustre une étude réalisée en 2020 sur un total de 919 masseurs-kinésithérapeutes (857 libéraux et 62 salariés) utilisant l'échelle MBI*. [15] Si l'exercice libéral offre plus de liberté dans l'organisation de son travail, il est parallèlement souvent décrit par sa charge de travail importante et des tâches administratives qui s'accroissent. Accompagné du poids de l'évolution rapide des connaissances, de la crainte de l'erreur médicale et d'un déséquilibre entre conditions de travail et ressources, le personnel libéral peut rapidement se retrouver fragilisé.

Parmi les libéraux eux-mêmes, ceux travaillant seuls ont un risque encore accru comparé à ceux travaillant en équipe. C'est en ce sens que les libéraux s'associent de plus en plus afin de palier à la solitude, échanger entre professionnels, diviser les charges fixes et s'organiser notamment pour les permanences et les vacances, comme l'explique Didier Truchot : « *Il y a un effet net du type d'environnement de travail à prendre en compte dans les préconisations car la différence est énorme en termes d'heures de travail. Ainsi, celles [les infirmières] qui exercent seules travaillent en moyenne 53 heures par semaine et le chiffre tombe à 38 heures pour celles qui sont associées. La "voie royale" pour diminuer le burnout peut donc être le cabinet de groupe qui protège de la charge de travail.* » [16]

Un autre élément prégnant de la fragilisation des professionnels libéraux réside dans le "travail empêché" : demandes excessives des patients ou des familles, contexte de visite à domicile rendant difficile les soins, remise en question régulière de leurs capacités professionnelles, manque de respect, difficultés de transports, etc. De plus, la problématique des déserts médicaux et de manque de professionnels de santé reste en toile de fond de leur exercice, entraînant chez la majorité un lourd poids de responsabilité.

Est-ce à dire cependant, puisque le libéral choisit son cadre et rythme de travail, que les cinq facteurs de risques du SEPS dépendent de lui seul ? Si la condition libérale entraîne de facto une hausse de risque de SEPS, comment ne pas interroger le contexte réglementaire imposé aux professionnels libéraux et la quantité de professionnels sur le territoire ? Au vu des statistiques et des chiffres, comment encourager les étudiants à choisir la voie du libéral sans penser à leurs conditions de travail si celles-ci n'évoluent pas ?

QUELLES SONT LES PROBLÉMATIQUES ÉTHIQUES POUR LE SOIGNANT SOUFFRANT ?


La souffrance des soignants entraîne une déshumanisation de la relation à l'autre et donc une maltraitance des collègues, des élèves à leur contact et surtout des patients. **Mais avant même de parler des problématiques éthiques qui découlent d'un soin dégradé, il convient de nous poser la question suivante : quelles sont les problématiques éthiques pour le soignant en souffrance en tant que tel ?** Avant même qu'il n'entre dans la chambre d'un patient pour le soigner, être un soignant souffrant ... est-ce en soi un problème éthique ? Par exemple, en avion on demande aux parents, en cas de dépressurisation de l'appareil, de mettre leur masque à oxygène avant de s'occuper de leurs enfants, car il est possible autrement que personne ne puisse s'occuper des enfants ensuite. **Dès lors, le soignant est-il dans la nécessité de prendre soin de lui-même afin de bien prendre en charge l'autre ? Pour une personne ayant dédié sa vie professionnelle à soigner autrui, quelle image renvoie-t-elle d'elle-même lorsqu'elle fait passer la santé des autres avant la sienne ?**

Une problématique majeure réside peut-être également dans la difficulté que rencontrent les soignants à réaliser qu'ils sont souffrants. Quels sont les mécanismes personnels et de groupe qui retardent cette prise de conscience ?

Il est certain que si le soignant ne se rend pas nécessairement compte qu'il glisse vers un SEPS, l'élément révélateur est souvent le jour où il réalise qu'il est maltraitant dans sa pratique professionnelle ; c'est alors une prise de conscience douloureuse, donnant naissance à une souffrance éthique comme la décrit Christophe Dejours, spécialiste de la souffrance au travail. La souffrance éthique désigne « *la souffrance qui résulte non pas d'un mal subi par le sujet, mais celle qu'il peut éprouver de commettre, du fait de son travail, des actes qu'il réprouve moralement. En d'autres termes, il se pourrait que faire le mal, c'est-à-dire infliger à autrui une souffrance induite, occasionne aussi une souffrance à celui qui le fait, dans le cadre de son travail.* » [17]

Avec quatre sur cinq des facteurs de risques qui ne dépendent pas du soignant, dans quelle mesure le soignant n'exerce-t-il pas un métier dont le contexte actuel de la pratique l'induit à souffrir ? Quelles sont les motivations personnelles du soignant qui viennent contrebalancer les conditions de travail difficiles ? Le professionnel en souffrance peut-il articuler sa souffrance personnelle avec celle du patient qu'il prend en charge ? Où le soignant doit-il placer le curseur entre idéal professionnel d'investissement de soi et de présence à autrui, et autoconservation de sa santé et son intégrité mentale ?

[16] « Comment expliquer le burn-out des infirmières libérales ? », étude en partenariat avec Truchot D., L'Infirmière libérale magazine, juin 2017

[17] Dejours C., « Souffrance en France », Ed. Points, Août 2014, cité par Duarte Rolo dans « Histoire et actualité du concept de souffrance éthique », revue Travailler, 2017/1 (n° 37), pages 253 à 281 

2- LE PATIENT PRIS EN CHARGE PAR UN SOIGNANT EN SOUFFRANCE

LES RISQUES D'ERREURS MÉDICALES, UNE FORME DE MALTRAITANCE ?

[18] Pigné G., "Moral des soignants, halte à l'incident patient!" Dossier de presse, 360 medics, 4 décembre 2018 +

[19] Moran A., « Mobilisation des internes : "Quand on est à bout, la question de la sécurité des patients se pose" », Lipseim, 18 juin 2021 +

[20] Maisondieu J., « L'autrui, un problème éthique méconnu », Laennec, 2010/1, tome 58, pp. 18-29 +

[21] Méric A., « Lorsque l'institution supposée combattre les maltraitances devient maltraitante ! », Le Sociographe, 2016/2 (N° 54), p. 65-72 +

« Un bon soignant est un soignant en bonne santé ! De fait, 9 % des professionnels de santé indiquent que leur burnout a conduit à au moins 1 incident médical de sécurité sur un patient et 66 % estiment que le risque existe. Pour les médecins et les infirmiers en activité, le score est encore plus dramatique : 11 % des premiers et 10 % des seconds reconnaissent que leur burnout a entraîné un incident médical de sécurité* ! » [18]

Dans la relation patient-soignant, a priori, le patient ne possède pas la connaissance médicale et scientifique du professionnel et fait plutôt le pari de la confiance envers celui-ci, ce qui rend l'erreur médicale difficilement acceptable pour le patient. Les erreurs médicales font certes partie du risque inhérent à une pratique humaine, mais celles découlant d'une souffrance du professionnel posent définitivement un problème éthique. Il conviendrait d'étudier le suivi de ces déclarations et d'observer si une vérification systématique de l'état de santé du professionnel est effectuée. La question est alors de savoir dans quelle mesure la santé du patient n'est-elle pas considérée de plus haute importance que celle de celui qui le soigne.

« Chez les internes, plus encore que chez les titulaires, le risque de l'erreur médicale est une réalité. Ils sont apprentis. En carence de sommeil. Bien souvent au-dessus des 48 heures de travail hebdomadaires inscrites dans la loi**. Une conjoncture qui augmente le danger, et que le Covid-19, dans certaines spécialités, n'a fait qu'aggraver. "Certains moments, c'est comme si j'étais ivre", décrit Aurore, 27 ans, en médecine interne à Paris. Lors de ses nuits de garde, il lui arrive de faire répéter un patient trois fois. "Je suis comme perdue, dans l'impossibilité de raisonner ou de retenir une information. Les patients le sentent et déjà ça, pour moi, c'est une grosse erreur vis-à-vis d'eux. (...) Il n'y a pas besoin d'aller jusqu'au mauvais diagnostic et à l'arrêt cardiorespiratoire pour être dans une forme de maltraitance". » [19]

OÙ COMMENCE LA MALTRAITANCE DANS LE SOIN ?

Nous sommes des êtres de relations, et le métier de soignant présuppose cette relation. Le soignant a choisi cette voie en premier lieu parce qu'il veut aider ses semblables et il a besoin de cette relation, sans quoi sa profession n'a pas de sens. Ce désir d'aider autrui sous-entend qu'il reconnaisse sa valeur, qu'il le respecte quelles que soient ses convictions, ses valeurs ou même son schéma vaccinal.

En cas de SEPS, le soignant fragilisé se coupe humainement de ceux dont il a la charge. Cette distanciation peut être illustrée avec le concept d'autrui, qualifiant symboliquement de « crime » la non-consideration de l'autre sans en avoir l'intention. « Chaque être humain peut se débarrasser instantanément de l'autre dont la présence l'indispose, et cela sans le tuer. Il lui suffit de ne plus le reconnaître comme un semblable. » [20] Ce concept d'autrui interroge le respect que le soignant manifeste aux patients dont il a la charge et le regard qu'il pose sur eux : la maltraitance commencerait alors dès l'intention, même inconsciente. Il serait intéressant de mener diverses enquêtes interrogeant les soignants sur la valeur qu'ils donnent à leurs patients, puis de leur demander si leurs actes professionnels au quotidien incarnent selon eux leurs idéaux. Si leur réponse est négative, une ouverture se ferait alors vers une réflexion riche en apprentissage sur ce qui les en empêche.

La déshumanisation du patient est une des formes de maltraitance que le patient peut expérimenter lors de son parcours de soin. Les formes de maltraitance sont multiples et les formes probablement les plus graves débouchent à des cas avérés de maltraitance institutionnelle. Toutes ces maltraitances sont-elles dues à des soignants en burnout ? Il serait malaisé de tirer une telle conclusion. Cependant, des études conjointement menées entre les cas de maltraitance et l'état de burnout des soignants grâce à des outils comme le Maslach Burnout Inventory (MBI) ou le Copenhagen Burnout Inventory (CBI)*** seraient éclairantes.

EXISTE-T-IL DES TERRAINS DE SOIN PLUS CRITIQUES QUE D'AUTRES ?

Plus le temps passé par un patient dans un service ou une institution sera long, plus la qualité de la relation entre les professionnels et le patient sera mise en évidence et les lacunes visibles. Nous pouvons citer les lieux de soin au long court comme les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les structures médico-sociales, les structures sociales ou les centres de rééducation ; les milieux de soin fermés comme les services de psychiatrie, de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE), ou la prison. [21]

*« Incident lié à la sécurité du patient : Un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner ou qui a entraîné un préjudice superflu à un patient. Trois catégories ont été créées : incident préjudiciable, incident sans préjudice, incident évité de justesse. »

Source : CMPA +

** Durée légale européenne +

*** Le Copenhagen Burnout Inventory (CBI) a été créé en 2005 au regard des limites du MBI par Kristensen T.S., Borritz M., Villandsen E. et Christensen K.B. C'est également un questionnaire d'autoévaluation du SEPS. Leur but est d'évaluer la composante centrale du burnout à savoir le sentiment de fatigue et d'épuisement mais également les facteurs auxquels les individus attribuent cet épuisement, en particulier le travail ou la relation d'aide.

Source : INRS +

D'autres terrains seront spécifiquement critiques avec une charge émotionnelle forte provoquée par la confrontation très accrue à la souffrance et à la mort, comme la réanimation et le soin palliatif. [22]

Le caractère particulier du soin à domicile où le soignant entre dans la sphère privée du soin chez le soigné interroge également. Le patient étant dans son environnement propre, est-il mieux protégé contre un soin maltraitant puisqu'il peut refuser d'ouvrir sa porte ou demander au soignant de partir ? Ou bien aurait-il plus de difficulté à informer des mauvais soins qu'il subit auprès d'autres soignants ?

QUEL REGARD LE PATIENT POSE-T-IL SUR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ?

Le patient est-il conscient de l'ambiance des équipes ? Est-il capable de faire la part des choses entre le soignant fragilisé et les actes qu'il prodigue ? Si le patient est victime d'une erreur médicale ou de maltraitance, est-il possible d'en identifier la cause réelle et est-ce que cela change quelque chose pour la réalité du patient ?

Face à cette illisibilité bien compréhensible pour le patient, il aura tendance à remettre en cause en bloc les capacités du soignant alors même que les compétences du professionnel ne seront probablement pas le cœur du problème.

Peu d'études ont été faites travaillant le lien direct entre soignant en souffrance et ses conséquences sur le patient : « Dans le contexte de la relation médecin malade [...] l'autrui involontaire et inconscient ne fait l'objet ni de recherches systématiques ni de mises en garde, faute que sa réalité et son potentiel pathogène aient été encore appréhendés » [20]. On peut cependant intuitivement saisir l'impact que peut avoir la souffrance des soignants sur la bonne prise en charge des malades. Il est même à parier qu'au regard des chiffres cités en introduction, les résultats au niveau national seraient alarmants.

3- LA SOCIÉTÉ OÙ COHABITENT SOIGNANTS EN SOUFFRANCE ET PATIENTS

LES INSTITUTIONS QUI ENCADRENT LE TRAVAIL DES SOIGNANTS PRENNENT-ELLES DES DISPOSITIONS SUFFISANTES POUR PRÉVENIR LE SEPS ?

La majorité des centres médicaux, incluant hôpitaux, maisons de soin, EHPAD, considère trop souvent que le burnout et la satisfaction professionnelle sont de la seule responsabilité de l'individu. C'est oublier qu'un seul des cinq facteurs principaux du burnout dépend du soignant. En réalité, **combattre la souffrance des soignants demanderait pour chaque critère une réponse à la fois de l'individu, de l'équipe de travail, de l'organisation en elle-même et enfin de l'Etat.** [23] C'est pour cette raison que les professionnels accueillent, à juste titre, avec scepticisme les solutions simplistes telles que les cours pratiques de gestion du stress ou de pleine conscience résilience ou encore le recrutement d'une psychologue de plus dans le service, qu'ils considèrent comme « un manque d'effet sincère des organisations du travail » [24].

Les structures de soin sont devenues des entreprises avec une logique comptable et financière, mais dont les conditions, les critères et l'ampleur varient avec l'équipe de direction et diffèrent d'une équipe à l'autre, sans explication quant à la qualité de vie au travail. L'urgence et le caractère exceptionnel de la situation face à la Covid-19 ont occasionné une modification de l'organisation de nombreux établissements et de leur management lors de la première vague, apportant une mise en place de fonctionnements moins verticaux. Mais aux dires des professionnels eux-mêmes, l'essai semble ne pas avoir été transformé. En effet, si la première vague a vu apparaître une libération de la parole chez les soignants concernant leur souffrance et la naissance d'espoirs d'amélioration de leurs conditions de travail, la désillusion semble aujourd'hui dominer à nouveau, provoquant une majoration de leur souffrance.

Le guide d'aide à la prévention du SEPS ou burnout [9] est un excellent référentiel pour réinterroger les modèles institutionnels. Est-ce l'amorce d'un véritable changement ? Un suivi des pourcentages de SEPS dans la profession soignante sera un indicateur de choix. « Un vaste champ de recherche en sciences humaines et sociales reste également à investir afin de promouvoir une culture partagée de la qualité de vie au travail, à développer dès la formation initiale des étudiants en santé. Prendre le temps d'écouter les professionnels, c'est prendre soin de l'organisation elle-même. L'efficacité d'une organisation se mesure également d'après le niveau de satisfaction et de confiance accordée par les professionnels. » [23]

[22] Schepens F., « Les Soignants et la Mort », éd. Erès, 2013

[23] « Prendre soin des professionnels de santé », revue ADSP de mars 2020, n°110

[24] Picard N., « A l'hôpital, les services s'en sortent mieux quand les managers font confiance à leurs équipes pour construire le soin », le Monde, 28 août 2021 +



« Ce qui est caractéristique des réponses au "burnout" ce n'est pas tant la nouveauté des moyens que l'esprit dans lequel il faut les apporter. » [22]

LES INSTITUTIONS QUI ENCADRENT LE TRAVAIL DES SOIGNANTS PRENNENT-ELLES DES DISPOSITIONS SUFFISANTES POUR PRÉVENIR LE SEPS ?

[25] INRS, « Stress au travail : Conséquences pour l'entreprise », 5 janvier 2017 +

[26] Le Floch M. « Quelle est la durée des carrières des aides-soignants et des infirmiers? », Site de Défi Métiers, 16 mars 2021 +

[27] Charon A., De la Chapelle G., Descheneau A. & al., « J'ai quitté médecine », Whats'Up Doc?, 13 juin 2019 +

[28] Rocfort Giovanni B., « Arrêter médecine, le grand tabou : "Ceux qui le font sont vus comme des fainéants" », L'Obs, 16- avril 2018, mis à jour le 17 avril 2018 +

[29] « Démission de 1300 étudiants infirmiers : «Nous essayons de comprendre», affirme Olivier Véran », Le Parisien, 28 octobre 2021 +

[30] Sauvage G., « Pénurie de soignants : le modèle hospitalier français au bord de la rupture », France 24, 29 octobre 2021 +

[31] Han S, Shanafelt TD, Sinsky CA, Awad KM, Dyrbye LN, Fiscus LC, Trockel M, Goh J., « Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States », Ann Intern Med. , 170(11):784-790, 4 juin 2019 +

[32] Blanding M., « What's The Economic Cost Of Physician Burnout ? », Forbes, 9 janvier 2020 +

[33] Shanafelt T.D., & Noseworthy J.H., « Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout », Mayo Clinic, janvier 2017 +

[34] Ordre des sages-femmes, « Pénurie de sages-femmes en maternité : les patientes et les nouveau-nés en danger », Communiqué de presse, 6 juillet 2021 +

[35] Gâteau V., « La souffrance éthique des soignants », Webinaire, Espace Ethique Ile-de-France, 22 septembre 2020 +

[36] Oziol E., « Contre le risque de burnout des médecins », revue Le Mag de l'INPH n°22, octobre 2021, pp. 21-25

De manière générale, nous sommes dans une société où une majorité de travailleurs sont souffrants à cause de leur travail. En France, le coût social du stress (dépenses de soins, celles liées à l'absentéisme, aux cessations d'activité et aux décès prématurés) a été estimé en 2007 entre 2 et 3 milliards d'euros [25], et nous ne pouvons que nous interroger sur son coût en 2022, après deux années de pandémie.

Les soignants de leur côté, ont un pourcentage très élevé de SEPS, induisant un départ hémorragique précipité de certaines professions, notamment chez les infirmiers ou les aides-soignants : « *La durée moyenne des carrières en Ile-de-France se situe entre 11 ans et 15 ans pour les aides-soignants et entre 10,5 ans et 14,5 ans pour les infirmiers (tous secteurs confondus). Les durées des carrières des professionnels de la fonction publique hospitalière sont cependant plus longues. Pour ces derniers, les carrières sont estimées à 15,5 ans pour les infirmiers et à 17,5 ans pour les aides-soignants* ». [26]

Les témoignages d'étudiants arrêtant les d'études de médecine (même en internat) ou de médecins quittant la profession en cours de carrière pour une reconversion ne sont pas moins fréquents [27-28]. Le coût social de l'arrêt précoce des professions de santé est énorme et ne semble pas s'essouffler, laissant un exécutif en situation d'incompréhension. [29] Cette véritable hémorragie des professionnels de santé risque de ne pas pouvoir se mesurer en coût financier mais bien en dysfonctionnement sociétal généralisé. Ainsi, l'alerte rouge est donnée le 5 octobre 2021 : **selon le Conseil scientifique, 20 % des lits dans les hôpitaux publics de l'Hexagone sont fermés, faute de soignants pour s'en occuper. Déclencher un plan blanc n'est désormais plus synonyme d'attaque terroriste ou d'épidémie, mais bien de manque de personnel.** [30]

En découlent beaucoup de rendez-vous, d'interventions déprogrammées, des prises en charge retardées, pour une offre de soin dégradée, provoquant beaucoup de frustration et de sentiment d'injustice chez les professionnels et les patients. Comment alors allouer ces ressources humaines en contexte de restriction et sur quels critères les allouer ? Quelle qualité des soins lorsque l'appel à des intérimaires est rendue systématique ou que les équipes bougent trop ? Quel est l'impact financier du manque de personnel atteint de SEPS pour les structures médicales : coût RH, coût des erreurs médicales, surcoût dû à une guérison plus lente des patients ? [31-32] Pour exemple, citons-la célèbre et américaine Mayo Clinic qui explique dans un article publié en janvier 2017, que le remplacement d'un médecin (recrutement, gestion de l'équipe et des patients en l'absence du médecin, etc.) reviendrait à 2 à 3 fois le salaire annuel du médecin ! [33]

C'est parfois le statut même d'une profession qui entraîne une précarité des patients, comme s'en inquiétait l'ordre des sages-femmes dans un communiqué de presse du 6 juillet 2021 : les difficultés à recruter des sages-femmes impactent directement bébés et femmes enceintes. [34] Le collectif est alors mis à mal, puisque la raréfaction des disponibilités des soins entraîne une concurrence entre les personnes en attentes de soins, le lien social s'en trouvant ainsi fragilisé. [35]

Peut-on accepter en tant que société qu'une partie du phénomène soit lié à la question de la souffrance au travail ? Au fait que le travail de soignant soit a priori faisable une quinzaine d'années puis impossible à poursuivre pour cause de fatigue, de sentiment de manque de moyens, de lourdeur administrative ? Ouvrir les écoles médicales et paramédicales à plus d'élèves peut-il combler le vide causé par le manque d'attractivité et les départs anticipés de la profession ? Sans une recherche d'amélioration du système hospitalier, des conditions de l'exercice libéral ou des institutions médico-sociales, pouvons-nous accepter que ces élèves actuels quittent également dans les mêmes proportions la profession dans une quinzaine d'années ? Comment accompagner, en tant que société, les soignants décrivant leurs souffrances au travail par manque de moyens alors que nous continuons à fermer des lits ?

« La bonne santé individuelle semble bien dépendre d'une bonne santé en équipe. Mais qu'est-ce qui fait une équipe en bonne santé ? En premier la permission de poser des questions, de reconnaître les incertitudes ou de dire simplement "je ne sais pas". Cela nécessite donc une certaine sécurité psychologique au sein de l'équipe. Malheureusement d'autres études menées à l'hôpital ont révélé un climat de défiance notamment entre les médecins. La communication inter-médicale était qualifiée par les médecins interrogés de : impolie, méprisante et agressive. Cela était reconnu par un tiers des médecins et deux fois plus chez les juniors. » [36]

LA COMMUNICATION ET L'INTERDISCIPLINARITE : LE TEMPS DE L'ÉTHIQUE ?

Penser la prévention du SEPS dans une démarche collective et interdisciplinaire est essentielle puisque la souffrance des soignants est au carrefour de diverses disciplines : médecine, psychologie, éthique, sociologie, ergonomie. De nouveaux domaines de questionnements apparaissent également dans d'autres domaines notamment dans ceux de la communication, de la transparence, de l'économie, etc. L'éthique en fait partie, et peut apporter une première réponse à la prévention du SEPS.

La perte du temps de parole, informel et institutionnel, fait partie des éléments qui a le plus impacté la santé psychique des soignants. Avec la pratique, apparaît une nouvelle évidence : il n'est pas si facile d'aider l'autre. Le bon sens et la bonne volonté ne suffisent pas toujours pour aborder les questions essentielles autour des choix thérapeutiques, des échecs, de la qualité de vie des patients, de leur souffrance, de leur fin de vie, de leur mort, et du sens du travail des soignants.

En prévention du burnout, il est recommandé notamment de faciliter les pauses collectives et les moments de convivialité qui permettent de renforcer l'identité d'un service ou d'une équipe [9]. Ces interactions entre pairs favorisent une meilleure compréhension du déroulement des événements et facilitent le "deuil" de ce qui n'a pas pu être réalisé, allégeant le poids de la responsabilité du soignant, et évitant un sentiment d'isolement et d'abandon. Pour exemple, certains soignants refusent de se rendre à la médecine du travail par peur d'être arrêtés. La clé, selon eux, réside dans le soutien des collègues, afin de parler et d'éviter l'isolement. [23]

Il est ainsi important que les équipes et les cadres soient formés à une écoute active et à la reconnaissance du vécu de chacun. Cette attitude d'aide, de soutien et de compréhension permet d'apprendre à gérer ses émotions et celles des autres, à développer le bien-être personnel et collectif et promeut un changement culturel et social au travail, réduisant la part au stress et à la surcharge émotionnelle. Le cancérologue Philippe Colombat, père de la démarche participative à l'hôpital, veut faire de la crise sanitaire une occasion de la généraliser, afin d'améliorer la qualité de vie au travail. [24]

Ces lieux d'échanges en équipe sont l'occasion idéale de discuter ensemble de la situation d'un patient. Les échanges interdisciplinaires y seront d'une très grande utilité : une aide-soignante passant beaucoup de temps auprès des patients aura par exemple des informations cruciales sur leurs histoires et renseignera l'équipe entière sur une prise en charge plus adaptée, autrement dit une plus-value inestimable pour le patient. Ce lieu d'échange en équipe est le moment de l'éthique : que devons-nous privilégier pour ce patient en particulier ? Sa liberté ou sa sécurité ? Rallonger autant que faire se peut ses jours ou privilégier le confort des quelques jours précédant sa mort ?

Cela demande des managers formés à l'éthique de la discussion mais également attentifs à leur santé : « *pour bien manager, il faut être soi-même en bonne santé et épargné par la détresse psychologique. Les managers de managers doivent donc être attentifs à leur santé psychologique. La condition principale est d'éviter de les mettre face à des injonctions contradictoires, destructrices du sens de leur mission.* » [37]

Cependant, apprend-on aux soignants de manière pratique à échanger en équipe ? Et quelle place pour l'interdisciplinarité ? Les infirmiers et aides-soignants se sentent-ils à l'aise pour donner leur avis dans leur équipe après que le médecin ait parlé ? Et pour les libéraux : quels espaces d'échange existent actuellement ? Ces temps sont-ils concrètement possibles avec leurs contraintes ? Est-il prévu pendant l'internat des médecins généralistes des temps de formation en ce sens et ont-ils des mises en situations de discussions interdisciplinaires en prévision de travailler en maison de santé par exemple ?

C'est dans ce cadre que le Pr Régis Aubry*, ancien directeur de l'EREBFC, a piloté une instruction ministérielle sur l'apprentissage en équipe qui inclue étudiants en médecine, IDE**, kinésithérapeutes, psychologues, sages-femmes, pharmaciens, orthophonistes etc. [38] Il dénonce par ailleurs régulièrement le manque de valorisation de ce temps d'échange au sein des établissements, notamment à cause du système de la tarification à l'activité***. Un temps long et posé est nécessaire pour permettre la réflexion éthique, démarche essentielle à la meilleure prise en charge des patients et au bien-être des soignants. Pourrait-on envisager de tarifier ces temps pour le valoriser ?

Le contexte actuel, particulièrement anxiogène, aura à nouveau révélé combien nous attendons de la médecine qu'elle réponde à nos inquiétudes, en oubliant une vérité majeure : **la médecine ne sait pas tout. La médecine cherche et avance, la médecine cohabite tous les jours avec des zones d'incertitudes et d'inconfort. Cette attitude d'humilité face à la connaissance médicale et aux complexités des situations cliniques est gage d'une véritable posture scientifique ouvrant à l'interrogation éthique : est-il souhaitable que je procède ainsi ?** Exiger de la médecine, et donc du soignant, qu'elle réponde à toutes nos inquiétudes à un instant T est lui donner un pouvoir qu'elle ne veut ni ne doit prendre. La discussion interdisciplinaire en équipe en est alors un excellent gage.

[37] Jankowki-Cherrier B., « La souffrance au travail chez les soignants », Revue Soins, n°830 ; pp. 33-35, novembre 2018

[38] Instruction ministérielle DGOS/DGESIP relative à la mise en œuvre des actions 4-1 et 4-2 de l'axe II du plan national 2015-2018 pour le développement des soins palliatifs et l'accompagnement en fin de vie prévoyant l'organisation d'un enseignement interdisciplinaire relatif aux soins palliatifs pour les étudiants, 10 mai 2017

*Médecin des Hôpitaux - Professeur Associé des Universités - HDR ; chef du pôle Autonomie - Handicap du CHRU de Besançon ; axe « Éthique et progrès médical » Inserm CIC 1431 / Laboratoire de Recherches Intégratives en Neurosciences et Psychologie Cognitive, Université Bourgogne Franche-Comté ; président de la plateforme nationale de recherche sur la fin de vie ; membre du Comité Consultatif National d'Éthique ; ancien directeur de l'EREBFC.

** IDE : infirmier en soins généraux

*** La tarification à l'activité (T2A) est une méthode de financement des établissements de santé mise en place à partir de 2004 dans le cadre du plan « Hôpital 2007 ». Elle repose sur la mesure et l'évaluation de l'activité effective des établissements qui détermine les ressources allouées. Source : vie-publique.fr

CONCLUSION

[39] Beaumont O., Doukhan D., Théveniaud P., Vernet H. et Wesfreid M., « Europe, vaccination, présidentielle... Emmanuel Macron se livre à nos lecteurs », Le Parisien, 4 janvier 2022

La souffrance des soignants ne date pas d'hier et s'inscrit dans une crise de plusieurs décennies. Le SEPS est désormais largement traité dans la littérature et semble contribuer à la levée d'une omerta au sein des professionnels sur leurs souffrances. **Les problématiques éthiques qui en découlent sont cependant loin d'avoir été aussi largement traitées. Elles illustrent pourtant les répercussions majeures qu'entraîne le mal-être de toute la profession de santé sur la société.**

La crise sanitaire de la Covid-19 a donné aux soignants un poids dans la sphère publique sans précédent tout en exacerbant leur mal-être préexistant à la pandémie. Aux dysfonctionnements systémiques conduisant une majorité de soignants à expérimenter dans leur vie un SEPS, s'ajoute aujourd'hui un épuisement lié aux efforts qui leur ont été demandés de fournir face à un virus mutant revenant par vagues successives. En sus, **nous assistons à une bataille féroce de représentation de la profession soignante qui ajoute à leur malaise** : après une première vague où nous les avons dépeints en "héros", forcés à travailler dans des conditions dégradées même positifs à la Covid-19, ils ont ensuite pu être décriés, voire même traités "d'irresponsables" s'ils étaient réfractaires à la vaccination. [39] On a pu voir des services sévèrement divisés sur cette question et une violence verbale forte entre collègues. Exécutants de la politique vaccinale, ils ont régulièrement été pris à partie par la population, devenant le réceptacle de la violence des citoyens en désaccord ou dans l'incompréhension avec la politique sanitaire déployée. S'installe alors une perte de confiance en leurs capacités professionnelles et une négation du cœur de leur métier, probablement le plus douloureux pour eux. La division au sein des soignants sur la question vaccinale a-t-elle participé à cette défiance ? **Sans entrer dans le champ délicat du politique, il convient de souligner que la souffrance des soignants est aggravée par un système de soins aujourd'hui en manque de moyens, notamment de personnel, entraînant une surcharge de travail, des déprogrammations et un sentiment d'injustice généralisé autant chez les soignants que les patients.**

Le problème du SEPS n'est évidemment pas une spécificité française et ses problématiques se retrouvent à l'international. Si les quatre facteurs liés au cadre du travail s'ancrent peut-être plus particulièrement dans la culture et la législation du pays, les études des pays voisins ne sont pas sans leçons intéressantes. Citons en exemple la Mayo Clinic (USA) qui s'est fait un devoir depuis une décennie de chercher des solutions concrètes afin de réduire les risques de SEPS chez ses médecins. Ils ont publié en 2017 neuf propositions concrètes dont voici les titres : 1 Reconnaître et évaluer le problème ; 2 Maîtriser le pouvoir du management ; 3 Développer et mettre en œuvre des interventions ciblées ; 4 Cultiver l'esprit de communauté au travail ; 5 Utiliser les récompenses et avantages financiers avec prudence ; 6 Aligner les valeurs de l'organisation avec la culture ambiante ; 7 Promouvoir la flexibilité et l'équilibre vie professionnelle - vie privée ; 8 Fournir des ressources pour promouvoir la résilience et le soin de soi ; 9 Faciliter et financer la science organisationnelle. [33] **Le problème du SEPS renvoie autant à la responsabilité individuelle que collective. Si un soignant souffrant sera moins investi au travail, une attention particulière et multi-factorielle au bien être des soignants permettra aussi un redressement de la structure en elle-même.** S'inquiéter du bien-être de ses salariés est gage de reconnaissance de leurs valeurs, mais il ne faudrait pas oublier les libéraux renvoyés à eux-mêmes, tout aussi épuisés et en attente de solutions systémiques.

Il semble ainsi que nombre de nos difficultés actuelles trouvent un point de rencontre en la profession médicale et il est de notre responsabilité citoyenne de prendre au sérieux leur souffrance. Ce qui nous amène à nous interroger en ces termes : **notre représentation du soignant (et de la santé) est peut-être tout aussi responsable de son mal-être que des circonstances dans lesquelles il travaille.** L'éthique aura alors tout son rôle pour accompagner tout un chacun à s'interroger sur la place et la signification qu'il donne à sa santé, son comportement face aux incertitudes et la manière par laquelle les soignants qu'il rencontrera devront y répondre.

Retrouvez l'ensemble de nos documentations sur la souffrance des soignants et ses enjeux éthiques sur :

www.erebfc.fr/documentation/ressource

> Thématique 08 "Le soignant face au patient"

> Sous-thématique "Le soignant en souffrance"

LA SOUFFRANCE DES SOIGNANTS

BIBLIOGRAPHIE PROPOSEE POUR LECTEUR CURIEUX

OUVRAGES & ARTICLES

- ACP Journal, « **Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States**, 4 juin 2019 et Forbes, **What's The Economic Cost Of Physician Burnout?** », 28 Mai 2019 +
- ADSP, Revue n°110, Mars 2020
- Afdjei A., Delabos A. & Michalon F., « **Burn-out - Le vrai du faux !** », Ed. Broché, 2016
- AFNEK, « **Conditions de Vie des Étudiants en masso-kinésithérapie** », Rapport 2020 +
- Ansel D., Laurent A., Bonnet M., Aubert L., Quenot JP., Capellier G., « **Le collectif de travail à l'épreuve du risque d'erreur médicale** », Revue Psychologie Française, n°2 Vol 62, 2017
- ASPS, **Brochure 2021** de l'association Soins aux Professionnels de Santé, août 2021 +
- Auslender V., « **Omerta à l'hôpital. Le livre noir des maltraitements faites aux étudiants en santé** », Ed. Broché, 2017
- Bachelard O. (dir) & Loiseau N. (Préface), « **Le bien-être au travail** », Presse de l'EHESP, avril 2017
- Baudelot C., « **La souffrance au travail, réflexion sociologique** », Revue SOiNS, N°830, novembre 2018
- Bernard-Le Bourvellec M., Lefief-Delcourt A. & Goguet F., « **Le coeur notre autre cerveau** », Ed. Larousse, 2020
- Boissières-Dubourg F., « **Les soignants face au stress** », Ed. Eyrolles, 2012
- Brière S., « **Le syndrome d'épuisement** », Ed. Broché, 2016
- Canoui P., « **La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques** », InfoKara, 2003/2 (Vol. 18), p. 101-104 +
- Canoui P., Mauranges A. & Florentin A., « **Le burnout à l'hôpital - Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants** », Ed. Elsevier Masson, (5ème édition), 2015
- CARPIMKO, **Etude sur la pénibilité de l'exercice professionnel des praticiens de santé affiliés à la Carpimko**, novembre 2020 +
- Casagrande A., « **Éthique et management du soin et de l'accompagnement** », Ed. Dunod, 2016
- Chiolero R. & Haynal V., « **Coaching des soignants** », Revue Médicale Suisse, 2019
- Clot Y., « **Le prix du travail bien fait, La coopération conflictuelle dans les organisations** », Ed. La Découverte, 2021
- Clot Y., « **Éthique et travail collectif. Controverses** », Ed. Érès, 2020
- Clot Y., Gollac M., « **Le travail peut-il devenir supportable ?** », Ed. Hors Collection, 2017
- Clot Y., « **Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux** », Ed. La Découverte, 2015
- CNERER, Fiche repère, « **L'accès aux soins de réanimation en période de pandémie de Covid-19** », décembre 2021 (travail coordonné par l'ERE BFC) +
- Colline H. & El-Hage W., « **Le trauma, comment s'en sortir ?** », Ed. Broché, 2020
- Compagnon C. & Sannie T., « **L'hôpital un monde sans pitié** », Col. Poche, Ed. L'Éditeur, 2016
- Défi-métier.fr, Brève : « **Quelle est la durée des carrières des aides-soignants et des infirmiers ?** », Fiche métier, 16 mars 2021 +
- Dejours C. & Gernet I., « **Psychopathologie du travail** », Ed. Elsevier-Masson, 2016
- Dejours C., « **Souffrance en France** », Ed. Points, Août 2014
- Delbrouck M., « **Le burn-out du soignant - le syndrome d'épuisement professionnel** », Ed. De Boeck Supérieur, 2008
- Dès E., « **Le harcèlement au travail - mémoire d'un combat** », Ed. Broché, 2013
- Estry-Béhar M., « **Stress et souffrance des soignants à l'hôpital : reconnaissance, analyse et prévention** », Ed. ESTEM, 1997
- Estry-Béhar M., « **Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe** », Ed. Presses de l'EHESP, 2008 +
- Estry-Béhar M., Van Der Heijden B., Fry C., Hasselhorn HM, « **Analyse longitudinale des facteurs personnels et professionnels associés au turnover parmi les soignants** », Revue Recherche en soins infirmiers 2010/4 (N° 103), pages 29 à 45 +
- FNEI, « **Crise du Covid-19 : pas de retour à la "normale"!** », Dossier de presse, août 2020
- FNEI, « **Mal-être des étudiants en soins infirmiers, un an après** », Dossier de presse, septembre 2018
- Friganović A., Selić P., Ilić B., Sedić B., « **Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: a literature review** », Psychiatr Danub, 31 mars 2019 +

- Galam E., « **L'erreur médicale, le burnout et le soignant** », Ed. Broché, 2012
- Gateau V. & Fleury C., « **Pour une clinique philosophique du burnout des professionnels de santé** », Ed. Caya Web & Co, juin 2020 +
- Gremont S., « **Prévenir la souffrance des personnels soignants, un enjeu de santé publique** », La revue de l'Infirmière, février 2018
- Holcman R., « **La souffrance des soignants, Stress, burn-out, violences...du constat à la prévention** », Col. Guides Santé Social, Ed. Dunod, novembre 2018
- Huet C., Rohou G. & Thomas L., « **La boîte à outils du Bien-être au travail** », Col. BàO La Boîte à Outils, Ed. Dunod, 2e édition, 2020
- INRS, « **Stress au travail : Conséquences pour l'entreprise** », 5 janvier 2017
- INRS, Guide d'aide à la prévention « **Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout** », mai 2015 +
- INRS, **Guide des maladies professionnelles**, 2016 +
- ISNAR-IMG, l'INSI et l'ANEMF, Enquête : « **Santé mentale des étudiants en médecine: les conditions d'étude et de travail en cause** », 27 novembre 2021 +
- Jankowski-Cherrier B., « **La souffrance au travail chez les soignants** », Revue Soins, n°830, novembre 2018, p33-35 +
- Juri Travail, « **Le burn-out reconnu comme maladie professionnelle** », 15 octobre 2021 +
- Kheloufi M., « **Systèmes de santé : l'urgence** », Ed. Broché, 2008
- Kurtzthaler I., Kemmler G., Holzner B., Hofer A., « **Physician's Burnout and the COVID-19 Pandemic-A Nationwide Cross-Sectional Study in Austria** », Collection 2021, Revue Front Psychiatry, 07 Décembre 2021 +
- Lantier B., « **Suicide des externes, internes, docteurs en médecine, en France, entre 2007 et 2017 : un gradient Nord-Sud ?** », Thèse de médecine générale, 2 octobre 2019 +
- Lavieville M., « **La souffrance des soignants** », Revue ASP Liaison, n°45, novembre 2012, p. 2-7
- Lecourt V. & Poletti R., « **Le burnout des soignants** », Revue Médicale Suisse, 2018
- Le guide santé, « **Déserts médicaux : état des lieux et solutions** », 05 novembre 2020 +
- Macrez P., « **Les facteurs d'épuisement professionnel chez les infirmiers en soin à domicile** », Mémoire de recherche de Master clinique, Université Paris VIII, 2008
- Maisondieu J., « **L'autrui, un problème éthique méconnu** », Laennec, 2010/1, tome 58, p. 18-29 +
- Manoukian A., « **La relation soignant-soigné** », Broché (4ème édition), 2014
- Manoukian A., « **Présentation la souffrance au travail - les soignants face au burnout** », Col. Exercice Professionnel Infirmier, Ed. Lamarre, 2016
- Massin C. & Sauvegrain I., « **L'enjeu soigner sans s'épuiser** », Ed. Broché, 2013
- Maury M. & Taourel P., « **Les médecins ont aussi leurs maux à dire** », Ed.Érès, col. Questions de société, 2019
- Michel M., Thibon L. & Walicki M., « **Les risques psychosociaux à l'hôpital** », Ed. Broché, 2016
- Morant A., « **Mobilisation des internes : "Quand on est à bout, la question de la sécurité des patients se pose"** », Lipseim, 18 juin 2021 +
- Nurock V. (dir.), « **Carol Gilligan et l'éthique du care** », Col. « Débats philosophiques », Ed. PUF, 2010
- Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) : **chiffres clés du rapport 2020 (données 2019)** + et synthèse +
- Ordre des Infirmiers, « **COVID19 : L'Ordre National des Infirmiers alerte sur la situation des 700 000 infirmiers de France alors que l'épidémie s'accélère à nouveau** », 11 octobre 2020 +
- Ordre des sages-femmes, Communiqué de presse « **Pénurie de sages-femmes en maternité : les patientes et les nouveau-nés en danger** », 6 juillet 2021 +
- Organisation mondiale de la Santé, « **Soins de santé primaires** », 1er avril 2021 +
- Oziol E., « **Contre le risque de burnout des médecins** », Revue Le Mag de l'INPH, « A la recherche de la qualité perdue » n°22 octobre 2021, p21-25
- Palier B., « **La réforme des systèmes de santé** », Collection "Que Sais-je?", Ed. PUF, 2021
- Pezé M., « **Le burn-out pour les nuls** », Ed. Broché, 2017
- Pigné G., « **Moral des soignants, halte à l'incident patient!** », Dossier de presse, 360 Medics, 4 décembre 2018 +
- Roethlisberger, F. J., & Dickson W.J., « **Management and the Worker** » Pp. xxiv, 615. Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1er mars 1940 +
- Sauvegrain I. & Massin C., « **Soigner sans s'épuiser - Le défi des infirmières et des soignants** », Ed. Broché, 2014
- Schaufeli W.B., Greenglass E.R., « **Introduction to special issue on burnout and health** », Psychol Health, 16 septembre 2001 +
- Sedel L., « **Chirurgien au bord de la crise de nerfs** », Ed. Broché, 2008

- Seravalli L., Indino-Bambi P. & Zosso C., « *Petit guide de (sur)vie à l'usage des soignants* », Revue Médicale Suisse, 2020
- Servan-Schreiber E., « *Supercollectif, la nouvelle puissance de nos intelligences* », Fayard, 2018
- Shanafelt T.D. & Noseworthy J.H., « *Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout* », Mayo Clinic, janvier 2017 +
- SNPHAR-E, « *Le rapport qui pique, quand les praticiens de l'hôpital interpellent l'opinion et les services publics* », 2015 +
- Stanislas J.L. (Dir.) & 54 auteurs, « *Innovations & management des structures de santé en France - Accompagner la transformation de l'offre de soins sur le territoire* », Ed. LEH, 2021
- Zawieja P., « *Le burn out* », Col. « Que sais-je ? », Ed. PUF, 2015

ROMAN

- Winckler M., « *Les trois médecins* », Ed. Poche, 2006

DANS LA PRESSE

- APM News, « *Vers une reconnaissance du métier d'ambulancier dans la filière soignante* », 18 Janvier 2022 +
- France Inter, « *À Paris, une maison pour soigner les maux des soignants* », 5 janvier 2022 +
- France 24, « *Pénurie de soignants : le modèle hospitalier français au bord de la rupture* », 29 octobre 2021 +
- L'Obs, « *Arrêter médecine, le grand tabou : "Ceux qui le font sont vus comme des fainéants"* », 1- avril 2018 +
- Le Monde, « *A l'hôpital, les services s'en sortent mieux quand les managers font confiance à leurs équipes pour construire le soin* », 28 août 2021 +
- Le Monde, « *Chez les étudiants en médecine, le tabou des suicides* », 12 janvier 2021 +
- Le Parisien, « *Europe, vaccination, présidentielle... Emmanuel Macron se livre à nos lecteurs* », le 4 janvier 2022 +
- Le Parisien, « *Démission de 1300 étudiants infirmiers : «Nous essayons de comprendre», affirme Olivier Véran* », 28 octobre 2021 +
- Whats'Up Doc ?, « *J'ai quitté médecine* », 2017 +

Retrouvez l'ensemble de nos documentations sur la souffrance des soignants et ses enjeux éthiques sur :

www.erebfc.fr/documentation/ressource

- > Thématique 08 "Le soignant face au patient"
- > Sous-thématique "Le soignant en souffrance"