



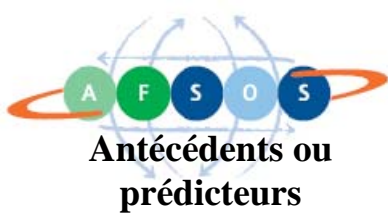
FORMATION

«Burn-out des internes»

Soirée Ethique SFH - Internes Hématologie



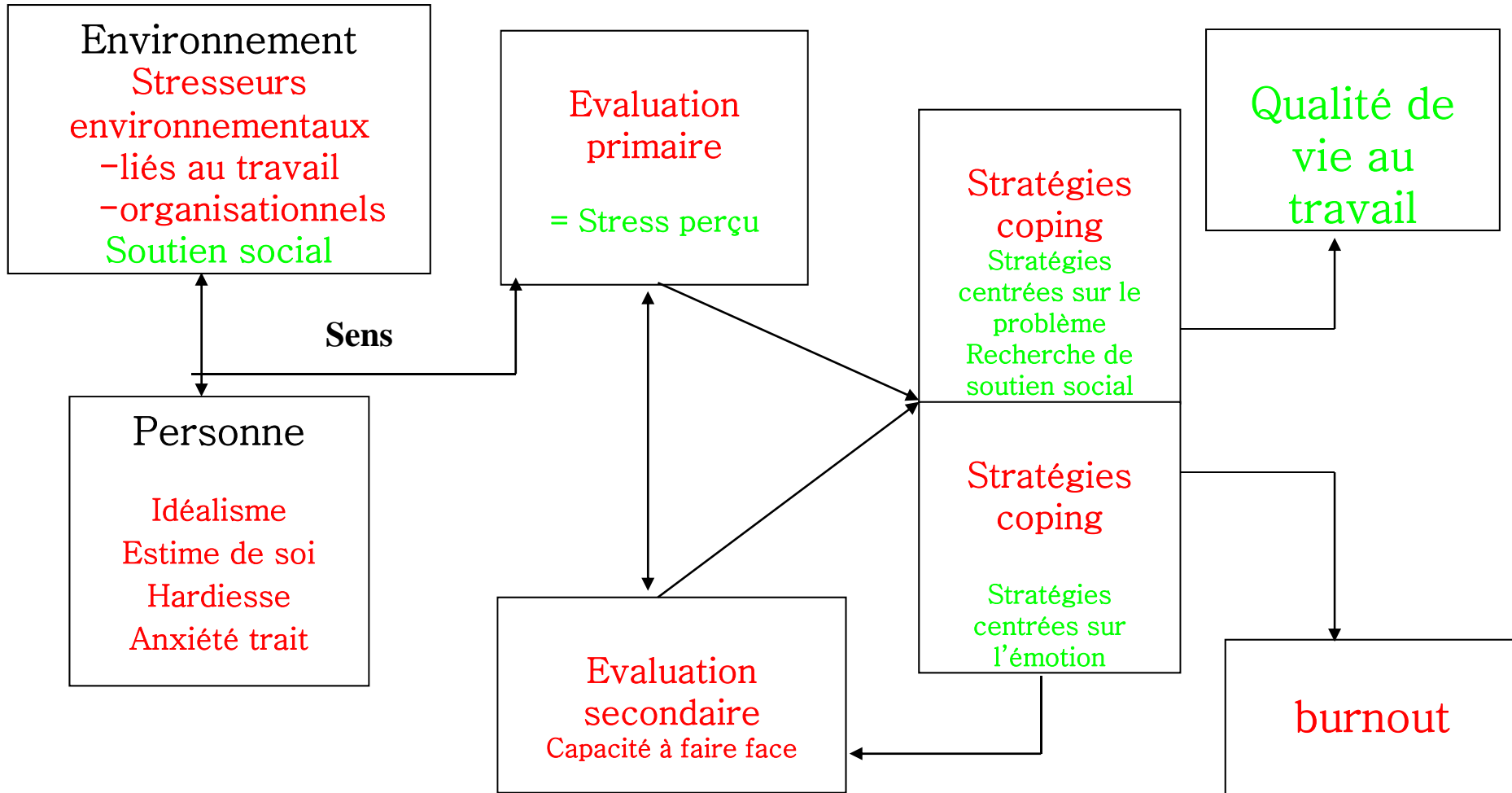
QUE SAIT-ON SUR LE STRESS AU TRAVAIL?



COPING

Mode de faire face

Indicateurs de santé



LES SOURCES DU SYNDROME D' EPUISEMENT PROFESSIONNEL ①

1. LES CAUSES INDIVIDUELLES

- Conscientes
 - « Le besoin d'aider »
- Inconscientes
 - Le désir de se connaître ou régler certains conflits personnels
 - Le besoin de sentir que quelqu'un a besoin de soi
 - Le besoin d'exercer un certain contrôle sur les autres
- Idéal soignant
- Suridentification au patient
- Deuil récent d'un proche
- Deuil ancien non élaboré
- Crise simultanée dans la vie personnelle

LES SOURCES DU SYNDROME D' EPUISEMENT PROFESSIONNEL ②

2. LES CAUSES LIEES AU TRAVAIL (SPECIALITE)

- L'âge des patients
 - Répétition des hospitalisations
 - Atteinte de l'image corporelle
 - Les symptômes physiques non réglés
 - Douleur, nausées et vomissements, dyspnée
 - Les symptômes psychiatriques
 - Dépression, hallucinations
 - Les relations avec l'entourage
 - L'impression d'insensibilité des proches à l'égard du patient
 - Les patients qui vivent au-delà du pronostic prévu
 - Mauvaise prise en compte des problèmes éthiques
- Curatif / palliatif



LES SOURCES DU SYNDROME D' EPUISEMENT PROFESSIONNEL ③

3. LES CAUSES ORGANISATIONNELLES

- Manque de temps
- Manque de personnel
- Manque de formation
- Manque de supervision
- Absence de support dans l'équipe (conflits)
- Manque d'encouragements de l'encadrement
- Surcharge émotionnelle due à l'intensité des relations établies avec de multiples patients
- Manque de concertation avec l'équipe médicale



Etude antérieure sur

« la souffrance des internes »

(Médecine Palliative 2005)

•



Etude

- Etude d'une promotion d'internes en médecine du CHU de Tours
- Questionnaire évaluant:
 - caractéristiques socio-démographiques
 - niveau de burn-out par échelle MBI
 - causes potentielles du burn-out (38 items)



Etude

RESULTATS (1)

- 59 internes étudiés : 36 réponses
- 53% avaient au moins un critère de burn-out
- 11% avaient un score élevé sur les 3 composantes



Etude

RESULTATS (2)

- moyenne d' heures de travail : 73 ± 17 heures
- aucune corrélation avec le score de burn-out



Etude

RESULTATS (3)

Corrélation avec :

- manque d'encadrement
- manque de reconnaissance par le chef de service
- manque de formation



RELATION ENTRE DEMARCHE PARTICIPATIVE ET QUALITE DE VIE AU TRAVAIL



2ème étude

PHRC 2004

Etude des effets d'un projet de service intégrant la démarche palliative en onco hématologie sur le soutien social, le stress perçu, les stratégies de coping et la qualité de vie au travail des soignants.

*Pronost AM ; Le Gouge A ; Leboul D ; Gardembas-Pain M ;
Berthou C ; Giraudeau B ; Colombat Ph
Oncologie (2008)*



Le contexte du projet de recherche

La qualité de vie au travail des professionnels de santé dépend des stratégies de coping mises en place pour faire face au stress perçu dans les services d'onco hématologie et de soins palliatifs.

Le soutien social mis à disposition des soignants , prédicteur du coping, intervient comme modérateur de la détresse émotionnelle et par là, améliore la qualité de vie des soignants.

L'objectif de cette recherche de type descriptif corrélationnel est d'appréhender ce qui constitue la nature du soutien social perçu, les stressseurs perçus, les modes de faire face ou stratégies de coping et leur impact sur la qualité de vie des soignants en onco hématologie.



La méthodologie

Milieu de recherche :

Cancéropole grand-ouest

Population :

Infirmières et aides-soignantes travaillant en service d'onco hématologie (CHU, CAC, CHG et Cliniques) ; soit 574 soignants



Instruments de mesure (1)

- Caractéristiques socio démographiques et conditions du fonctionnement du service, avec les composantes de la démarche palliative, et de projet de service à visée palliative.
- **Mesure du soutien social** : échelle Social Prévision Scale (Cutrona, Russel, 1989)
(Alpha de Cronbach : 0.85)



Instrument de mesure (2)

- **Mesure du stress perçu** : Nursing stress scale (Gray-Toft, Anderson, 1981) (alpha de Cronbach : 0.88 fréquence ; 0.93 intensité)
- **Mesure des stratégies de coping** : Ways of coping questionnaire, (traduction abrégée de Bouchard et al, 1995) (alpha de Cronbach 0.71 pour les stratégies de recherche de soutien social; 0.82 pour les stratégies centrées sur le problème et 0.71 pour les stratégies centrées sur l'émotion)
- **Mesure de la qualité de vie au travail** : Echelle d'Elizur et Shye (Delmas, Escobar, Duquette, 2001) (alpha de Cronbach 0.89)



Traitement des résultats

- Les associations entre les scores psychosociaux et les caractéristiques individuelles des soignants ont été étudiée au moyen d'analyses uni variées et multi variés à l'aide de modèles de régression linéaire.
- Les associations entre les scores psychosociaux et les caractéristiques des services ont été étudiées au moyen d'analyses uni variées ajustées sur les caractéristiques individuelles des soignants à l'aide de modèles linéaires mixtes.
- Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel sas (SAS Institute Inc., Cary, NC, version 9.1).



Description de l'échantillon :

- 574 soignants dont 94,1% sont des femmes
 - en majorité vivant en couple (74,8%)
 - Population jeune (66,5% de moins de 40 ans)
 - 57,4% sont infirmières et 42,6% sont aides-soignantes
 - 80,1% ont moins de 10 ans d'ancienneté
 - 83,2% travaillent le jour
 - 79,9% ont fait le choix de travailler en oncologie et 21,9% souhaitent changer de service.



Association entre le score global pour la qualité de vie et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Qualité de vie au travail	p
Manque de reconnaissance	-0,32	<0,001
Manque de temps	-0,27	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,21	0,002
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,21	0,001
Manque de formation	-0,18	0,003
Manque de collaboration	-0,16	0,008
Aucune réunion interdisciplinaire	-0,15	0,034
Manque de communication	-0,12	0,038

Ajustée sur le sexe, le choix de travailler dans le service et le souhait de changer de service

La qualité de vie au travail est liée au besoin de reconnaissance d'une façon prioritaire (dimension sociale de la qualité de vie). Le manque de reconnaissance, identifié comme principal stressor par les soignants est donc l'axe sur lequel la réflexion dans les services d'onco hématologie doit s'engager.

Le manque de temps, la mauvaise prise en compte des besoins des patients et des proches, le manque de formation fait obstacle au développement de la qualité de vie (dimension physique et psychologique de la qualité de vie).

Le fonctionnement des équipes (collaboration, réunion interdisciplinaires, communication) est un élément important de la qualité de vie au travail comme dimension sociale.



Association entre le score global du soutien social et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Soutien social	p
Temps consacré aux transmissions inter/équipes par jour (min)		
>60	0,47	0,006
]30-60]	0,33	0,044
]0-30]	0,24	0,146
Passage de bénévoles	0,10	0,031
Formations en soins palliatifs	0,10	0,036
Formations sur la douleur	0,10	0,036
Manque de reconnaissance	-0,21	<0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	-0,19	<0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	-0,19	<0,001
Manque de collaboration	-0,16	<0,001
Manque de formation	-0,16	0,001
Manque de communication	-0,09	0,036

La question du temps de transmission devient du soutien social, ainsi que d'une manière moindre, la formation en soins palliatifs, sur la douleur et la présence des bénévoles. Le manque de reconnaissance est identifié comme l'inverse du soutien social, ainsi que la mauvaise prise en compte des patients et de leur famille et le manque de collaboration, de formation et de communication.



Association entre le score global pour l'intensité du stress perçu et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Stress perçu intensité	p
Nb de lits dans le service		
]20-30]	0,27	0,013
>30	0,18	0,100
]12-20]	0,13	0,259
Nb de décès par mois		
]1-3]	0,22	0,044
]3-6]	0,21	0,042
>6	0,21	0,037
Manque de reconnaissance	0,19	<0,001
Manque de temps	0,17	0,004
Mauvaise prise en compte des besoins des proches	0,16	0,001
Mauvaise prise en compte des besoins des patients	0,15	0,003
Manque de formation	0,15	0,002
Manque de staffs	0,14	0,006
Manque de communication	0,12	0,017
Manque de collaboration	0,10	0,043
Formations sur la relation d'aide	-0,10	0,032

L'intensité des stresseurs perçus par les soignants est identifiée comme :

-stressors physiques : le nombre de patients, d'une manière moindre le manque de temps

-stressors psychologiques : confrontation à la mort, mauvaise prise en compte des besoins des proches et des patients

-stressors sociaux : manque de reconnaissance, de formation, de staffs, de communication, de collaboration.

La formation en relation d'aide diminue l'intensité du stress perçu.



Association entre le score des stratégies de coping centrées sur l'émotion (évitement) et les caractéristiques du service ajustée sur les caractéristiques individuelles des soignants

Variables	Stratégie de coping centrée sur l'émotion	p
Manque de reconnaissance	0,15	0,001
Manque de collaboration	0,11	0,022

Les soignants font face au stress avec des stratégies centrées sur l'émotion (distanciation, évitement) lorsqu'ils manquent de reconnaissance (par les pairs et la hiérarchie) et de collaboration (travail en équipe).



Conclusion

- Le soutien social dans l'environnement des soignants en onco hématologie est lié au besoin de reconnaissance.
- **Le projet de service à visée palliative** (comprenant la meilleure prise en compte des besoins des patients et de leur famille, la concertation en équipe, un temps de transmission suffisant, la formation des soignants) diminue le stress perçu, favorise des stratégies de coping de recherche de soutien social et centrées sur le problème, en améliorant la qualité de vie au travail des soignants.



JUSTIFICATIFS

1. Besoins des patients et des proches
2. Besoins des équipes
3. Textes réglementaires



IL EST NECESSAIRE DE SE REUNIR POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET DES PROCHES

- 1) Pour adapter l'information aux attentes du patient
- 2) Pour définir un projet de soins adapté pour un patient et ses proches
- 3) Pour décider s'il est encore raisonnable de faire une nouvelle chimio chez un malade en 2ème rechute de lymphome



- - circulaire DHOS du 19 février 2002
- - conférence de consensus (2004) et rapport de Marie de Hennezel (2003)
- - circulaire DHOS de juin 2004
- - circulaire de mars 2008



RÉFÉRENCE 13 La fin de vie.

PRATIQUE EXIGIBLE PRIORITAIRE

Critère 13.a Prise en charge et droits des patients en fin de vie. PEP

La loi de juin 1999 et la loi du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie ont consacré le droit de toute personne malade dont l'état le requiert, d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement. La loi du 22 avril 2005 fait aussi obligation aux professionnels de santé de ne pas faire subir aux patients d'obstination déraisonnable par la poursuite d'actes qui « apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie ». Elle impose aux équipes soignantes de respecter la volonté d'un patient de refuser tout traitement et organise les procédures permettant une limitation ou un arrêt des traitements.

Il s'agit d'un axe important de la politique des établissements de santé qui doivent mettre en place des organisations destinées à permettre le respect de ce droit et la prise en compte des nouveaux enjeux de santé publique et éthiques liés notamment à l'augmentation du nombre de personnes âgées et de celles vivant avec une maladie, un handicap ou une perte d'autonomie ainsi que des situations interpellant l'éthique médicale (par exemple : enjeux liés à la mise en œuvre de certains traitements permettant d'allonger la survie, décisions en fin de vie chez les personnes inconscientes ou incapables d'autodétermination).

Le développement des soins palliatifs nécessite une approche transversale de disciplines médicales, des différents lieux de soins et de vie ainsi qu'une organisation du travail en réseau et coopérations. L'accompagnement est une démarche dynamique et participative. Il justifie la mise en place de dispositifs d'écoute, de concertation, d'analyse, de négociation qui favorisent une évaluation constante et évolutive des options envisagées. La qualité de l'accueil, de l'information, de la communication et des relations qui s'établissent contribue à l'anticipation nécessaire des prises de décisions.

La circulaire du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs (DHOS/02/2008/99) précise à nouveau les fondements de la démarche palliative :

- « évaluation des besoins et mise en œuvre de projets de soins personnalisés ;
- réalisation d'un projet de prise en charge des patients et des proches ;
- mise en place de réunions pluriprofessionnelles de discussion de cas de malades ;
- soutien des soignants en particulier en situation de crise ;
- mise en place de formations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au sein des unités de soins ».



DEMARCHE PALLIATIVE

DEFINITION

«Asseoir et développer les Soins Palliatifs dans tous les services et (à domicile) en facilitant la prise en charge des patients en fin de vie et de leurs proches par la mise en place d'une dynamique participative prenant en compte les difficultés des soignants»



CONTENU DE LA DEMARCHE PALLIATIVE (PARTICIPATIVE)

- 1) Création de STAFFS PLURIPROFESSIONNELS
- 2) Mise en place d'une démarche projet
- 3) Formation interne
- 4) Soutien aux équipes



CREATION DES STAFFS PLURIPROFESSIONNELS

- Réunions de discussion des cas cliniques :
 - pluriprofessionnelles
 - au moins une fois par semaine
 - ciblées sur les malades en situation complexe
 - pour l'élaboration du projet de soins
- Réunions d'analyses de pratiques : cas cliniques ou éthiques



DEMARCHE PROJET MISE EN ŒUVRE

- Exposé de la **démarche projet**
- Bilan des besoins
 - Définition des thématiques
- Elaboration du projet par des groupes de travail indépendants (2 étapes)
- Présentation aux instances concernées
- Mise en place
- Evaluation
- Réactualisation



FORMATION

- Formation interne (+++), continue
- Créneau horaire et rythme adaptés (démultipliée)
- Formation pluriprofessionnelle :
 - Apprentissage technique
 - Reconnaissance mutuelle
 - Acquisition d'un langage commun
 - Aide à la prise de parole



LE SOUTIEN DES SOIGNANTS

- Nécessité d'une évaluation régulière des besoins (***questionnaire de Maslach, cf. guide de la démarche palliative***)
- Modalités :
 - Réunions ponctuelles en situation de crise
 - « Soutien de couloir »
 - Groupes de paroles
 - Pluriprofessionnels
 - Pour des soignants volontaires
 - En présence d'un psychothérapeute



DEMARCHE PALLIATIVE

= Création d'espaces d'échanges avec des objectifs différents

MAIS

Dans tous les cas ,optimisation :

- du besoin de **reconnaissance**
- de la **communication**
- de la **collaboration** au sein de l'équipe



AFSOS : le contexte

L'Association Francophone pour les Soins Oncologiques de Support - AFSOS vient d'être créée à l'initiative de

- ✓ **l'AESCO** - Association Européenne pour les Soins de Confort en Oncologie,
- ✓ **le groupe soins de support de la FNCLCC** - Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer
- ✓ **le GRASSPHO** - Groupe de Réflexion sur l'Accompagnement et les Soins de Support pour les Patients en Hématologie et Oncologie

Les motivations de cette création ont été de **réunir les professionnels francophones concernés au sein d'une société savante unique de dimension internationale pour mutualiser savoir, recherche, formation, protocoles**

L'AFSOS bénéficie du **soutien officiel de la MASCC** - Multinational Association for Supportive Care in Cancer



Les missions de l'AFSOS

Cette association a pour objet de

**promouvoir la connaissance et la mise en œuvre
des soins oncologiques de support**

c'est-à-dire « l'ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie conjointement aux traitements onco-hémato spécifiques, lorsqu'il y en a »
(Circulaire N° DHOS/SDO/2005/101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie).

Les soins oncologiques de support ne sont pas une nouvelle spécialité, mais une **organisation destinée à mieux faire communiquer les professionnels impliqués dans l'accompagnement et la prise en charge des symptômes** à toutes les phases de la maladie et quel qu'en soit le pronostic.

La recherche de l'excellence dans la **prise en charge des symptômes, l'accompagnement, la démarche participative au sein des équipes intra et extra-hospitalières** sont des valeurs fondatrices de la réflexion et de l'action.



Les actions 1...

✓ **Les Commissions, Groupes de Travail Spécifique (GTS), Collèges**

1. « Communication et information » (Lettre de l'AFSOS, newsletter, site Internet, documents patients et professionnels, etc.)
2. « Formation » (documents pédagogiques, actions en lien avec EFEC etc.)
3. « Congrès et autres manifestations »
4. « Groupes régionaux »
5. « Démarche participative et organisation des SOS »
6. « Recherche », notamment en sciences humaines et sociales
7. GTS par symptômes/appareil/thème (BPC, recherche)
8. Ateliers métiers



Les actions 2 ...

✓ Formations nationales et régionales

Dans les missions de l'AFSOS sont prévues :

- Des congrès nationaux et francophones : le 8ème congrès national des SOS aura lieu à Tours en 2009, à Paris en 2010
- Des formations régionales :
 - pour répondre à la forte demande des professionnels hospitaliers des services d'oncologie, mais aussi des territoires
 - en cohérence avec des équipes régionales AFSOS (historique GRASSPHO) en lien notamment avec les réseaux régionaux de cancérologie
- Des formations SOS organisées en collaboration avec l'EFEC