



Directeur d'enseignement  
Professeur Jean-Marc SOULAT



Directeur d'enseignement  
Professeur Éric GALAM

## **DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE SOIGNER LES SOIGNANTS**

Mémoire de fin de DIU

Présenté et soutenu publiquement le 24 novembre 2023

Par

**Le Docteur Jean-Luc BENEZECH**

### **PREVENIR LA SANTE MORALE DU PERSONNEL SOIGNANT EN EHPAD**

*Retour d'expérience au sein de l'EHPAD EDENIS BORDE HAUTE*

Membres du jury :

- Professeur Éric GALAM
- Professeur Jean-Marc SOULAT
- Docteur Béatrice GUYARD - BOILEAU
- Docteur Bénédicte JULLIAN

Année 2023

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

Un grand merci à Audrey DURRENBACH, mon binôme et ma complice... Son enthousiasme et sa compétence ont été déterminants dans le projet.

Merci à Patrice FILLION, Julie GALTIER, Thomas GAYRAUD, Abdoul SOW, Isabelle SUD et Eva SYLVESTRE. Ils ont tous été des aides amicales et facilitatrices, dans leurs rôles respectifs, à un moment ou à un autre. Grâce à eux, cette aventure a vu le jour, et continue à vivre.

Merci à Jean-Jacques ORMIERES mon compagnon de route de longue date dans la médecine générale. Nous partageons des valeurs communes. Son enthousiasme sur le sujet du mémoire et ses conseils pertinents ont été une aide précieuse.

*« L'humain est moins sot, s'il est un peu curieux,  
L'humain est plus fort, quand il croit au partage.  
Il devient plus beau, quand il ouvre les yeux.  
L'homme est un solitaire, qui a besoin des autres,  
Et plus il est ouvert, et plus il devient grand.*

**Ch. Aznavour**

**Grand Corps Malade**

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

## TABLE DES MATIERES

<b>A – INTRODUCTION</b> .....	7
<b>B – LE CADRE ET LE CONTEXTE A L’ORIGINE DU PROJET</b> .....	8
<b>1. LE CADRE DU PROJET</b> .....	8
<b>1.1 LE MODELE DE L’EHPAD EN PLEINE MUTATION</b> .....	8
<b>1.2 L’EHPAD BORDE HAUTE</b> .....	8
<b>1.3 EN CONCLUSION, UNE SOUFFRANCE AU TRAVAIL AVEREE</b> .....	12
<b>2. LES PORTEURS DU PROJET</b> .....	12
<b>2.1 LES INITIATEURS</b> .....	13
<b>2.2 L’EQUIPE DIRIGEANTE</b> .....	16
<b>C – OBJECTIFS DE CE TRAVAIL</b> .....	17
<b>D – METHODE ET MOYENS</b> .....	17
<b>1. LES ACTIONS DE PREVENTION MISES EN PLACE</b> .....	17
<b>1.1 « PSYCHOLOGIE DE COULOIR »</b> .....	17
<b>1.2 « INSTANTS DE PARTAGE ET D’ECHANGE »</b> .....	18
<b>1.3 « FORMATIONS THEMATIQUES » sur « LA FIN DE VIE EN EHPAD » et         « LA MORT EN EHPAD »</b> .....	18
<b>2. LES METHODES D’EVALUATION</b> .....	20
<b>E – RESULTATS</b> .....	20
<b>1. PARTICIPATION</b> .....	20
<b>2. RESULTATS QUANTITATIFS</b> .....	20
<b>3. RESULTATS QUALITATIFS</b> .....	21
<b>F – DISCUSSION</b> .....	27
<b>G - CONCLUSION</b> .....	31
<b>H. ABREVIATIONS/ BIBLIOGRAPHIE</b> .....	33
<b>I. ANNEXES</b> .....	34

## DIU SOIGNER LES SOIGNANTS

## A – INTRODUCTION

Ce travail résulte d'une expérience menée au sein de l'EHPAD EDENIS BORDE HAUTE (38 avenue de Borde Haute, 31750 – Escalquens), par, et à l'initiative de la psychologue de l'établissement, et d'un médecin généraliste, médecin traitant de résidents, intervenant extérieur.

Cette expérience, d'initiative spontanée, a été menée depuis Mai 2022 au sein de cet établissement.

Elle a été motivée par la perception d'une vulnérabilité des soignants dans un contexte de charge physique, morale et émotionnelle accrue par la complexification du profil des résidents, la précarité du travail et de l'emploi, les difficultés de recrutement en personnel.

La crise COVID a été révélatrice de ces facteurs de souffrance au travail, mais aussi de l'entraide solidaire pour y répondre, mise en œuvre par un personnel soignant fortement engagé au service des résidents, tant sur le plan professionnel que personnel, souvent par vocation et par choix.

Des « Instants de partage et d'échange en vue de libérer la parole et soutenir les soignants » ont été proposés sur la base du volontariat et de façon collective, au rythme d'une séance par mois.

En complément, deux formations, répondant aux besoins exprimés par les participants, ont été réalisées sur les thématiques de « *La fin de vie en EHPAD* » et de « *La mort en EHPAD* », constituées chacune, d'une séance théorique, et d'une séance sous forme de partage et d'échange.

Au terme d'une année d'existence, et après ces deux formations, nous avons souhaité faire un point d'étape, en nous interrogeant sur l'utilité de cette démarche pour préserver la santé morale du personnel soignant en EHPAD.

Quel intérêt et quels bénéfices pour les participants ? Quel degré de satisfaction ? Quels souhaits pour la suite de cette expérience ? Quels freins, facteurs d'acceptabilité, de faisabilité ? Et de façon plus générale, cette expérience est-elle modélisable et répliquable ?

## **B – LE CADRE ET LE CONTEXTE A L’ORIGINE DU PROJET**

### **1. LE CADRE DU PROJET**

#### **1.1 LE MODELE DE L’EHPAD EN PLEINE MUTATION**

L’EHPAD d’aujourd’hui se situe à mi-chemin entre l’hôpital et le domicile ...

L’accueil a évolué vers des résidents de plus en plus dépendants, de plus en plus âgés, avec des pathologies lourdes et nombreuses, donc pour des durées de séjour plus courtes et le plus souvent pour des parcours de fins de vies.

Depuis la transformation des Maisons de Retraite en EHPAD, et dans les 10 dernières années, la fonction de soignant s’est essentiellement orientée vers la prise en charge de pathologies organiques avérées, de soins du corps, d’aides à la mobilité, et vers l’accompagnement de fins de vies.

Cette évolution a entraîné une modification significative du métier de soignant, le recentrant plus sur le « soin sanitaire » que sur le « soin d’accompagnement ».

#### **1.2 L’EHPAD BORDE HAUTE**

##### **a) L’ASSOCIATION EDENIS**

EDENIS est une association à but non lucratif régie par la loi 1901, qui dispose de 19 EHPAD sur les départements de la Haute-Garonne et du Tarn et Garonne, accueillant depuis près de 35 ans la personne âgée fragilisée par le grand âge.

EDENIS s’est dotée d’un projet associatif médico-social depuis 2015 qui a défini les missions essentielles du groupe :

- Accompagner la personne âgée dans son parcours de vie et de soin pour mieux prévenir le « bien vieillir » et maintenir l’autonomie.
- S’engager dans une démarche responsable et durable pour les résidents et les collaborateurs.
- Concilier utilité sociale, voire sociétale, et utilité économique.

Ces éléments posent les bases de fonctionnement et les objectifs généraux de l’association.

Leur mise en œuvre est malheureusement réalisée de façon plus ou moins complète dans les différents EHPAD concernés, selon les réalités humaines locales.

## b) LA POPULATION DES RESIDENTS ET SON EVOLUTION

L'EHPAD BORDE HAUTE a évolué ces dernières années comme toutes les autres structures similaires, comme en témoignent les quelques chiffres sur les dernières années :

- **PATHOS** = outil global rapporté à l'établissement évaluant le niveau de soins nécessaires :

O **Novembre 2021 : 144.3**

O **Novembre 2022 : 183,83**

- **GIR MOYEN PONDERE (GMP)** = outil global rapporté à l'établissement évaluant le niveau de dépendance moyen :

O **Décembre 2020 : 678**

O **Décembre 2022 : 707**

- **TAUX DE RENOUVELLEMENT DES RESIDENTS** (le plus souvent consécutif à des décès)

O **2020 : 29**

O **2022 : 27**

Soit un **taux moyen de renouvellement de 35 % par an**

## c) LE PERSONNEL SOIGNANT ET SON TURN-OVER

L'EHPAD BORDE HAUTE comprend 80 chambres (dont 9 en Unité protégée).

Le personnel « théorique » est composé de :

- **4 Infirmier(e)s (IDE) /1 Cadre de santé infirmier (IDEC) :**

Les IDE en EHPAD ont pour mission essentielle d'exécuter les soins préventifs, curatifs et palliatifs, de nature technique, relationnelle et éducative

- **21 Aide-Soignant(e)s (AS) et Aide-Medico-Psychologiques (AMP)**

Les AS et AMP s'occupent de tout ce qui concerne le soin du résident en dehors des soins médicaux

- **17 Aides au Service Hôtelier et Agents de Service Polyvalent (ASH/ASP)**

Ces deux postes ont pour mission la prise en charge de tout ce qui concerne le bien-être « hôtelier » des résidents

Les fonctions des AS, AMP, ASH et ASP sont centrées sur le résident, son soin, l'aide dans la vie courante, l'entretien de son environnement, et donc une présence constante à ses côtés.

Toutes ces tâches en font des interlocuteurs privilégiés dans la qualité de l'accompagnement et du suivi.

Ces effectifs sont des effectifs théoriques.

Au quotidien, ils sont rarement complets, entraînant une organisation « de fortune » en « service dégradé » synonyme de surcharge de travail pour les soignants présents.

Quelques chiffres pour illustrer le propos :

**TURN OVER MOYEN du personnel sur les 3 dernières années à BORDE HAUTE :**

- **Juin 2020 à Mai 2021 : 18.8 %**
- **Juin 2021 à Mai 2022 : 19.8 %**
- **Juin 2022 à Mai 2023 : 26,6 %**

**d) LE STRESS ET LA SOUFFRANCE AU TRAVAIL DES SOIGNANTS EN EHPAD**

Le niveau et le type de stress, l'impact émotionnel ont été appréciés de façon **quantitative et objective** à partir de l'analyse des résultats d'un questionnaire réalisé au cours des formations et de façon **qualitative et subjective** à partir du recueil de verbatim

**CONSTATS QUANTITATIFS :**

Deux études nous ont servi de références :

- **Les réponses à des questions fermées dans le cadre des prétests** avant les formations spécifiques au sein de l'EHPAD.
  - L'impact émotionnel d'une fin de vie perturbe-t-il mon équilibre de vie professionnel et personnel ?  
**OUI : 40 % (8/20 réponses) - NON : 60 % (12/20 réponses)**
  - L'impact émotionnel d'un décès au sein de l'EHPAD perturbe-t-il mon équilibre de vie professionnel et personnel ?  
**OUI : 26 % (5/19 réponses) - NON : 74 % (14/19 réponses)**
- **La comparaison de l'évaluation de notre équipe à celle étudiée dans le cadre d'une enquête publiée en 2007 (A. Petrognani)** concernant le niveau et le type de stress occasionnés chez les soignants par la réalisation d'une toilette mortuaire.

Cette enquête, réalisée sur un échantillon de 200 soignants dans le cadre de plusieurs USLD en région parisienne en 2007, avait pour objectif de repérer au moyen d'un questionnaire, les différents signes émotionnels ou physiques ressentis dans cette situation, regroupés en trois types de stress, d'une part, et d'un éventuel comportement d'évitement dans cette situation, d'autre part.

- Stress adapté : Signes émotionnels avec maintien de la capacité à agir efficacement.
- Stress différé : Signes émotionnels perçus à distance de l'acte de la toilette mortuaire.
- Stress dépassé : Signes émotionnels envahissants rendant l'action inefficace voire impossible.

**Les principales questions utilisées dans cette étude ont été posées aux soignants de l'EHPAD BORDE HAUTE en Mai 2023 et les résultats ont été comparés à ceux de l'étude prise en référence.**

RESULTATS COMPARES	ETUDE A.PETROGNANI	BORDE HAUTE
<b>Échantillon</b>	<b>46% de répondants</b> (92 réponses/200)	<b>90% de répondants</b> (18 réponses/20)
<b>Stress adapté</b>	<b>30%</b> (28/92 répondants)	<b>22%</b> (4/18 répondants)
<b>Stress différé</b>	<b>40%</b> (37/92 répondants)	<b>41%</b> (8/18 répondants)
<b>Stress dépassé</b>	<b>30%</b> (28/92 répondants)	<b>33%</b> (6/18 répondants)
<b>Évitement</b>	<b>30%</b> (28/92 répondants)	<b>28%</b> (5/18 répondants)

#### CONSTATS QUALITATIFS :

- Ils sont issus du vécu exprimé dans le verbatim de retours verbaux non formalisés :
- **Fatigue physique** exprimée régulièrement par le personnel soignant consécutive à :
    - Un nombre de postes insuffisant du fait d'une sous-évaluation du GMP (GIR Moyen Pondéré) par les financeurs et les tutelles (révision en décalage temporel avec la réalité)

- Des sous-effectifs au quotidien de par la difficulté de recrutement dans le domaine de la prise en charge de la personne âgée.
- Des recours permanents à du personnel intérimaire, nécessitant un travail d'encadrement et une responsabilité supplémentaire pour les « titulaires ».
- **Charge émotionnelle plus importante** dans la relation avec les résidents et leurs proches du fait de situations plus complexes, avec de plus grandes dépendances, et d'un contexte social évoluant de plus en plus vers des demandes de type « usager consommateur » ...

### 1.3 EN CONCLUSION, UNE SOUFFRANCE AU TRAVAIL AVEREE...

- Nous retrouvons dans le cadre de la toilette mortuaire des résultats sensiblement identiques dans l'échantillon des soignants de l'EHPAD BORDE HAUTE à ceux relevés dans l'enquête effectuée chez les soignants en USLD de la région parisienne publiée en 2007 ce qui accroît le niveau de crédibilité de l'expérience menée dans notre lieu d'étude.
- Le stress sous différentes formes et à des degrés plus ou moins sévères n'est pas présent chez tous les soignants dans la pratique du soin en général, et plus spécifiquement dans le cadre d'une toilette mortuaire, mais il l'est dans au moins 20 % des cas.
- La « porosité » entre vie professionnelle et vie personnelle n'est pas majoritaire, mais présente.
- La tentation ou tentative d'évitement dans des situations complexes est retrouvée de façon significative, témoignant d'un état de stress paroxystique non exceptionnel.
- La fatigue physique et la charge émotionnelle sont rapportées régulièrement et de façon croissante par les équipes

## 2. LES PORTEURS DU PROJET

Ce projet de prévention de la santé morale des soignants de l'EHPAD BORDE HAUTE est le fruit de la rencontre de deux types d'acteurs au sein de la résidence :

- Des **praticiens de terrain**, un Médecin Généraliste intervenant à titre de médecin traitant auprès d'un certain nombre de résidents et la Psychologue de l'établissement ;
- D'une **équipe dirigeante**, particulièrement facilitatrice, s'impliquant et offrant des conditions favorables à la réalisation de cette expérience.

## 2.1 LES INITIATEURS

La collaboration, en tant qu'intervenant extérieur Médecin généraliste, avec Audrey DURRENBACH, psychologue de l'établissement, pendant plusieurs années, a permis de nombreux échanges à propos des résidents et de leurs familles

Elle a aussi donné l'occasion, à de nombreuses reprises, de partager un intérêt et des préoccupations communes au sujet de la santé du personnel soignant de la résidence.

Une pandémie plus tard, et au retour d'une coupure pour congé de maternité, les choses ne s'étaient pas arrangées... L'idée de tenter « quelque chose » de spontané et « comme nous le sentions » a surgi un beau matin...

### **Pourquoi une Psychologue en EHPAD dont le poste consiste théoriquement à un travail auprès des résidents, s'est-elle investie dans une action de soin primaire des soignants en EHPAD ?**

Réponse de A. DURRENBACH, co initiatrice :

« Le travail du psychologue consiste effectivement à accompagner les résidents. Toutefois, celui-ci ne peut se départir de son environnement, tant de son entourage familial que de l'équipe. Ainsi, je pense nécessaire de concevoir l'accompagnement des résidents en prenant aussi soin des personnes qui les « entourent ».

### **Le temps des espaces interstitiels**

Les temps d'échanges informels avec les équipes (soignantes et administratives) font référence à la clinique des « interstices » selon ROUSSILLON. Ce sont les lieux de passages communs à tous, comme les couloirs, la salle de soin, un seuil de porte à la sortie d'un bureau, qui deviennent propices aux rencontres et à l'émergence de liens de confiance. Ces liens se créent dans l'entre-deux d'activités institutionnelles définies et structurées. Il est important toutefois, de rester attentif à la nature de ces échanges souvent à l'origine de ponts relationnels.

Diplômée en 2015 d'un master en psychologie clinique spécialisé en gérontologie de l'université Toulouse 2 – Jean Jaurès, c'est à travers l'association EDENIS que j'ai réalisé mes premières expériences en tant que jeune professionnelle.

Au-delà des missions fondamentales du psychologue en EHPAD, comme l'accompagnement de projets à vivre (avec les résidents, leurs proches et l'équipe), j'ai vite été rattrapée par la réalité de la mort, présente dans le quotidien de nos pratiques professionnelles, et convaincue de la nécessité d'accompagner les personnes âgées jusqu'au bout de leur vie en proposant des espaces où il devient possible d'en parler.

En effet, les professionnels qui accompagnent les personnes âgées dépendantes se retrouvent souvent dans une situation paradoxale. Ils donnent des soins dont le but est d'améliorer la qualité de vie des personnes. Mais leur travail d'accompagnement conduit aussi inévitablement la personne âgée à la mort (*DARNAUD*).

Une première action concrète a vu le jour pendant la période COVID. A partir de nos « discussion de couloirs », a émergé le souhait de laisser un souvenir aux proches endeuillés et, par la même occasion, déposer nos émotions. C'est grâce à l'intervention d'Isabelle PELLAUSY, écrivain public, que nous avons expérimenté ce travail. A travers le recueil des anecdotes de chacun, traits de personnalité et autres souvenirs, elle a su mettre en mots, un portrait singulier à l'image de l'équipe.

### **Vers l'analyse de nos pratiques professionnelles**

En 2022, un réaménagement de mes missions m'a permis de participer à l'élaboration d'un espace d'écoute et de soutien dédié aux équipes. De plus, l'absence de lien hiérarchique avec l'équipe, a permis de réunir les conditions nécessaires à l'émergence de cet espace. La coanimation avec Dr. BENEZECH a ainsi été une occasion très riche d'échanges autour de nos pratiques professionnelles respectives.

Les théoriciens de l'approche systémique considèrent qu'il est possible de concevoir l'ensemble que forment les hébergeants et les hébergés comme formant un système. L'institution est un lieu d'interrelations où les équipes et les habitants dépendent des uns et des autres. C'est dans ce contexte que la construction d'un projet collectif prend tout son sens. En proposant aux équipes de se retrouver autour d'une réflexion commune, nous avons fait l'hypothèse que le retentissement de ces échanges pourrait avoir un bénéfice direct sur la qualité de vie au travail des équipes mais aussi sur le bien être des résidents et de leurs proches. Pour ESTRYN-BEHAR et LE NEZET, « le soutien et la solidarité sont des conditions favorables pour améliorer la sécurité et la sérénité des soignants, et la qualité du travail qu'ils réalisent. »

C'est donc dans un esprit d'horizontalité que nous avons proposé l'ouverture de ce groupe d'échange à tous dans un cadre bienveillant où la parole de chacun était respectée.

C'est pour moi la force de ces rencontres multidisciplinaire. »

### **Pourquoi un MG intervenant, extérieur à l'établissement, s'est investi dans une action de soin primaire en EHPAD ?**

Réponse du Docteur JL BENEZECH, co initiateur :

« A l'analyse, trois raisons essentielles et une histoire....

#### **L'idée, dès ma formation initiale, et tout au long de mon exercice de médecine générale que la santé du corps était liée à celle de l'esprit et vice versa.**

Sensibilisé au lien entre la santé morale et la santé physique dès mon cursus universitaire dans le cadre d'un certificat optionnel de « Médecine psychosomatique » (1978), puis au travers du DU de « Psychologie en Médecine générale » (2001) et du DU « Psychiatrie de l'enfant, l'adolescent et sa famille » (2006), ce lien aura été un fil conducteur et nourricier tout au long de ma pratique de Médecin de famille.

**La nécessité de partager avec mes pairs, dans le but de perfectionner mes connaissances, mais aussi de vivre une confraternité de terrain, de partage, et de soutien.**

Dès les premières années de ma pratique libérale, j'ai eu la chance de participer activement à un groupe d'une vingtaine de pairs, de façon régulière, dans mon secteur géographique d'exercice, dont les objectifs initiaux étaient la continuité des soins (gardes) et la formation postuniversitaire, dans une atmosphère revendiquée de convivialité.

Ce groupe existe toujours après 36 ans d'existence et chemin faisant, il a été, au-delà de ses objectifs initiaux, un lieu de partage, d'échange et de soutien, dans les différents aléas individuels et collectifs rencontrés dans nos pratiques et nos vies.

La crise COVID, dans son intensité et sa durée, a été l'occasion de donner à ces valeurs tout leur sens au sein du groupe de pairs.

Cette période sanitaire particulière a aussi été l'occasion pour moi d'initier et de faire vivre en collaboration avec une psychologue libérale, un groupe de parole, en « urgence », avec les soignants d'un EHPAD voisin de notre cabinet, pendant 3 mois, au décours d'une vague de décès dévastatrice, survenue dans cet établissement, au début de la pandémie.

**Une déception et une prise de conscience...**

Il est communément admis que le choix d'un métier en rapport avec la santé est sous-tendu au moins en partie, par la motivation altruiste de se battre pour la vie et la tentation de sauver l'humanité !

Je ne pense pas avoir échappé complètement à ce lieu commun au moment du choix de mon avenir professionnel...

L'enseignement universitaire n'a pas démenti ni dénié cette orientation.

La pratique en a fait tout autrement...

La fin de vie, la mort, dans un contexte de souffrance des patients, de leurs proches, de soignants isolés que nous étions, en l'absence de moyens et de mots dans un univers où le déni était le plus souvent la règle, ont été des révélations brutales dès le début de mon exercice libéral !

La découverte des soins palliatifs, dans les années 90, dans le cadre de formations initiées et organisées par notre groupe de pairs, a été une révélation. Elle m'a aidé à faire tomber les tabous, les non-dits, concernant la fin de vie, la mort.

Cette découverte m'a également donné accès à des moyens thérapeutiques, des aides, mais aussi une entraide dans le cadre d'un travail en réseau (RELIENCE). Elle m'a montré à quel point aborder ce type de pratique pouvait être riche, avoir du sens, mais aussi, venir attaquer mes propres émotions et ma relation à cette réalité.

La participation à un groupe Balint pendant 20 ans, groupe dont l'essence même est l'échange entre pairs, la parole partagée, accompagné par un tiers psychothérapeute, dans l'objectif de préserver la santé morale des soignants, a été pour moi la réponse à ce défi et l'outil m'ayant permis d'encaisser les émotions liées à ce type d'accompagnement, avec un bénéfice évident pour mes patients et ma vie personnelle

Cette expérience participe de façon évidente au bien-être et au plaisir de la pratique de mon métier encore aujourd'hui !

### **Je connais BORDE HAUTE depuis le début...**

J'ai pratiqué les couloirs de différents EHPAD pendant 38 ans. Cette pratique a été riche en rencontres et en échanges

L'exercice de Médecin traitant en Maison de retraite puis en EHPAD m'a appris l'importance des actes effectués par les soignants qui sont au plus près des résidents (IDE, AS, AMP, ASH, ASP), la pertinence des informations recueillies auprès de ces soignants, et l'importance de tout ce qui se passe dans les couloirs d'un établissement pour maintenir une équipe soignante solidaire et en bonne santé morale.

L'EHPAD BORDE HAUTE a été un des lieux essentiels de cette vie et de ce travail en équipe, dans un contexte administratif et soignant fait de nombreux aléas tout au long de ces années...

## **2.2 L'EQUIPE DIRIGEANTE**

Les conditions ont été rendues favorables par une équipe dirigeante, Directrice (soignante de formation), Médecin coordinateur, Cadre de santé, à l'écoute, et partageant les mêmes préoccupations.

Les grandes difficultés rencontrées pour recruter et stabiliser les équipes en post COVID ont fait le reste...

L'accueil de l'idée a été enthousiaste et une pleine confiance pour la conduite du projet nous a été accordée. Tout a été mis en œuvre pour favoriser sa réalisation : une salle mise à disposition, un espace de temps aménagé pour permettre aux groupes de travailler, et même... quelques boissons fraîches apportées par temps très chaud comme un signal discret, respectueux mais appuyé, de soutien.

Les deux sessions de formation thématiques ont pu être organisées dans les mêmes conditions.

Le changement de directeur (ayant également un parcours initial dans le soin...) en cours d'année, n'a fait que poursuivre et renforcer cet accompagnement par l'équipe dirigeante.

Nous sommes conscients de l'aspect facilitant qu'une ambiance saine et sereine du management a pu avoir pour la mise en œuvre de ce genre d'expérience.

Nous avons d'ailleurs été heureusement surpris, tout au long des séances, de ne pas entendre de plaintes ni récriminations de la part des soignants, visant les conditions de travail ou la direction, ce qui n'était absolument pas dans nos objectifs, et aurait parasité l'échange.

Le travail centré sur les émotions et les difficultés autour du résident a été compris et respecté par tous.

## C – OBJECTIFS DE CE TRAVAIL

Ce travail vise à **évaluer le bénéfice éventuel de trois types d’actions de préservation de la santé morale du personnel soignant**, au sein de l’EHPAD :

- **Connaitre le niveau de satisfaction des professionnels de santé** concernant l’aide pratique et morale apportée par ces actions, dans les situations de fin de vie et de mort annoncée.
- **Connaitre leur motivation pour la poursuite éventuelle de l’expérience.**
- **Identifier les freins et les critères d’acceptabilité et de faisabilité** de ces types d’actions.

## D – METHODE ET MOYENS

Trois actions ont été mises en place sur une durée suffisamment longue (un an), pour permettre une analyse significative.

L’évaluation de ces actions a pu se faire de façon quantitative et qualitative.

### 1. LES ACTIONS DE PREVENTION MISES EN PLACE

A la suite de ce travail préalable et réflexif, trois types d’actions ont été vécues et proposées aux personnels soignants sur la base du volontariat et de la garantie de confidentialité.

#### 1.1 « PSYCHOLOGIE DE COULOIR »

« **Psychologie de couloir** » ou « **Clinique des interstices** », ce qui peut être entendu comme un partage au long cours, dans le cadre des rencontres avec les soignants d’une équipe, de façon informelle, avec un niveau d’attention suffisant, pour aboutir à une relation de confiance et d’échange.

Il s’agit d’un moyen bien plus que d’une méthode.

En effet, cette approche, qui apparaît comme majeure dans le cadre de la prévention primaire, ne répond pas à une action élaborée, mais davantage à une **posture au quotidien** au sein d’une équipe, faite de **politesse, de présence, de respect, d’écoute et d’attention à l’autre**, dans le déroulement des soins et du travail auprès des résidents.

La **durée** a également toute son importance dans ce domaine ; elle permet l’émergence de liens de confiance, préalables favorisant la réponse aux autres outils, proposés ultérieurement.

## 1.2 « INSTANTS DE PARTAGE ET D'ÉCHANGE »

Il s'agit d'instantanés de partage formalisés avec les 2 équipes de soignants de façon mensuelle, visant à libérer la parole et les émotions occasionnées par l'exercice du soin auprès des résidents.

Il nous est apparu adéquat de proposer aux soignants le terme de « Groupes d'Analyse des Pratiques Professionnelles » (GAPP), modèle connu pour qualifier ce type d'action dans cet environnement.

Conscients que, dans ce domaine comme dans d'autres, « l'étiquette ne fait pas le produit », nous optons aujourd'hui, dans ce travail, pour une terminologie explicative, plus qu'un label, en parlant d'« **Instants de partage et d'échange en vue de libérer la parole et soutenir les soignants** ». Ce terme nous semble plus adapté à l'expérience vécue.

Il s'agit de groupes de partages auxquels sont conviés tous les soignants volontaires, IDE, AS, AMP, ASH, ASP coanimés par le Médecin et la Psychologue, initiateurs du projet

**Une charte** a été élaborée et expliquée au groupe lors du premier accueil, puis répétée à l'occasion de l'inclusion de nouveaux participants :

- Le choix : liberté de participer ou non
- La ponctualité : début et fin à une heure définie préalablement
- Le non jugement : il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises émotions ou questions
- La confidentialité : tout ce qui se dit dans le groupe appartient au groupe
- La liberté : liberté de parole et liberté de silence
- Le respect : chacun a droit à son temps de parole s'il le souhaite
- L'écoute : les participants s'écoutent les uns les autres.

Ces séances se sont déroulées de façon mensuelle, dans les deux équipes de la résidence, sur le temps de travail, à un moment choisi de calme relatif, en fin d'après-midi, dans une petite salle à l'écart des allées et venues des résidents.

La **durée des séances** a été d'environ **une heure**.

## 1.3 « FORMATIONS THEMATIQUES » sur « LA FIN DE VIE EN EHPAD » et « LA MORT EN EHPAD »

Très rapidement, à l'évocation de certains résidents au sein des groupes, les problématiques de fin de vie et de mort au sein de l'établissement, sont apparues très prégnantes.

L'idée a donc été lancée de proposer **une formation plus approfondie** dans ces deux domaines, au sein même de l'EHPAD, avec pour chacun de ces deux thèmes, un volet théorique axé sur le savoir, le savoir-faire, et un volet sous forme d'échanges sur le modèle des groupes existants, visant à aider au savoir-être dans ces situations.

**« FIN DE VIE EN EHPAD : COMMENT ETRE PLUS EFFICACE ET MIEUX LA VIVRE ? »**

- Formation théorique en séance plénière :1 heure
  - o La fin de vie, c'est quand ?
  - o Les soins palliatifs, c'est quoi ?
  - o Comment faire du soin palliatif en EHPAD ? Le cadre et les principes.
  - o Comment faire du soin palliatif en EHPAD ? Aspects pratiques et soins.
- Echange en groupe : 1 heure
  - o Comment pouvons-nous être plus à l'aise et sereins dans la pratique de ce type de soins ?

**« MORT EN EHPAD : COMMENT ETRE PLUS EFFICACE ET MIEUX LA VIVRE ? »**

- Formation théorique en séance plénière : 1 heure
  - o Comment on meurt ?
  - o Comment fait-on le diagnostic de mort ?
  - o Que devient le corps après la mort ?
  - o Quels soins de corps sont prodigués par les thanatopracteurs ?
- Echange en groupe : 1 heure
  - o Comment annoncer le décès et communiquer avec les proches ?
  - o Comment vivre le deuil entre soignants ?

L'équipe dirigeante a souhaité élargir la participation aux deux volets théoriques de ces formations, en invitant le personnel administratif, dans un souci d'implication plus large dans le projet, au sein de l'établissement.

Le groupe d'intervenants était constitué par le Médecin Généraliste, la Psychologue, animateurs habituels du groupe d'échange, le Cadre de santé de l'établissement pour les sujets en rapport avec les soins infirmiers, et un représentant du service des Pompes funèbres, sollicité pour le volet thanatopraxie.

## 2. LES METHODES D'EVALUATION

L'évaluation a pu se faire :

- **Sur la participation**
- **De façon quantitative** au travers de réponses fermées à des questions posées à l'issue des deux formations thématiques (prétest et posttest)
- **De façon qualitative**, sous la forme d'un verbatim recueilli lors d'une séance de groupe consacrée au recueil du vécu des participants et réalisé sous la forme d'un « Focus Group ».

## E – RESULTATS

### 1. PARTICIPATION

Les rencontres ont pu se dérouler de façon régulière **depuis Mai 2022 et jusqu'à ce jour**.

Les **effectifs ont varié entre 10 et 20 participants**, avec un noyau fixe ayant mené l'expérience de bout en bout, et de nouvelles venues itératives du fait du contexte (CDD, intérimaires)

### 2. RESULTATS QUANTITATIFS

**Le partage avec l'équipe dans le cadre des groupes de parole et d'analyse de pratiques au sein de l'EHPAD est-il, pour moi, une aide pratique et morale dans le cadre des soins de Fin de Vie ?**

**OUI : 94 % - NON : 6 % sur 27 réponses**

**Le partage avec l'équipe dans le cadre des groupes de parole et d'analyse des pratiques au sein de l'EHPAD est-il, pour moi, une aide pratique et morale dans le cadre de la prise en charge et du vécu de la mort des résidents ?**

**OUI : 95 % - NON : 5 % sur 19 réponses**

**Le contenu de la formation correspondait-il à mes besoins et mes préoccupations dans le domaine de la Fin de vie ?**

**OUI : 97 % - NON : 3 % sur 27 réponses**

**Cette formation m'a-t-elle permis d'augmenter mon niveau de connaissances et d'habileté dans ce domaine ?**

**OUI : 93 % - NON : 7 % sur 27 réponses**

**Est-ce que je me sens globalement plus à l'aise à vivre la mort d'un résident après la formation ?**

**OUI : 86 % - NON : 14 % sur 21 réponses**

**Est-ce que je me sens mieux armé pour annoncer le décès d'un résident et en parler avec la famille ?**

**OUI : 67 % - NON : 33 % sur 21 réponses**

**Est- que je me sens concerné et motivé pour participer à des rituels d'équipe après le décès d'un résident ?**

**OUI : 81 % - NON : 19 % sur 21 réponses**

### **3. RESULTATS QUALITATIFS**

Ces résultats ont été recueillis à l'occasion d'une séance réalisée en Mai 2023, consacrée spécifiquement à l'évaluation des instants de partages vécus pendant une année.

- **Dans un premier temps**, il a été demandé à chacun de répondre librement, et successivement, à trois questions ouvertes (cf. détail ci-dessous). Les réponses des différents membres des deux groupes à ces trois questions ont été enregistrées et sont rapportées sous la forme d'un verbatim.
- **Dans un second temps**, il a été demandé à chaque participant de répondre anonymement à deux questions d'évaluation chiffrée visant à noter « le niveau de satisfaction global sur ces actions » et « le niveau de plaisir à exercer le métier ». Les notes de ces évaluations sont rapportées à la suite du verbatim.

## 1.2. RECUEIL DU VERBATIM APRES UNE SEANCE D'ECHANGE

Qu'avez-vous pensé, il y a un an, de la proposition qui vous était faite de participer à un groupe de parole et d'analyse de pratiques ? Qu'en attendiez-vous ?

### **SCEPTICISME INITIAL SUR L'INTERET D'UNE TELLE DEMARCHE :**

- « On va perdre du temps »
- « On a autre chose à faire »
- « On se sent un peu obligés d'y aller »
- « Je ne voyais pas à quoi ça allait servir d'évoquer des problématiques sans suites pratiques »
- « J'appréhendais un peu... Je me disais : On va parler de quoi ? »

### **POURQUOI PAS ?**

- « Je me suis dit que ce serait bien de parler de ces choses-là, que je pensais être taboues dans notre travail. Je n'en attendais pas grand-chose mais je me suis dit : Pourquoi pas ? »
- « C'était la première fois que l'on me proposait ce genre de choses en EHPAD, ou même dans les autres structures dans lesquelles j'ai travaillé (IME, hôpitaux...) »
- « J'ai trouvé que c'était une bonne proposition de partager et d'écouter les autres à propos des résidents que l'on ne connaissait pas bien »
- « Je pensais qu'on allait parler que de nos difficultés... »
- « Ce n'était pas nouveau pour moi et je savais que c'était nécessaire »
- « J'appréhendais compte tenu de mon problème personnel de phobie de la fin de vie et de la mort »
- « L'analyse de pratique, je ne l'ai pas découverte, je l'ai trouvée ailleurs. »
- « Je n'étais pas très enthousiaste car je suis une personne qui parle très peu en groupe. »

### **SE CONNAITRE ET MIEUX CONNAITRE LES AUTRES :**

- « Je me suis dit « Chouette ! ». C'est arrivé à un moment où, en tant qu'animatrice, j'étais en ras-le-bol et je me suis dit que ça allait me faire une petite bouffée d'air frais ! »
- « En tant qu'IDE, j'ai trouvé l'idée intéressante de connaître le vécu et le ressenti des équipes sur les difficultés rencontrées »

- « Rien de particulier, j'étais en attente, ouverte »
- « C'était la première fois que je trouvais ce type de groupe dans une structure, je ne l'avais jamais vu ailleurs »

Qu'en pensez-vous aujourd'hui, après avoir participé à plusieurs séances ?  
Qu'est-ce que le groupe vous a apporté de positif ? Quelles critiques feriez-vous ?

**UNE BONNE IDEE POUR SE RENCONTRER ET PARTAGER :**

- « Après un an, eh bien je m'étais trompé (« perte de temps... »). J'ai trouvé les séances très intéressantes. J'ai trouvé positif de communiquer avec les autres collègues, de partager les difficultés que l'on rencontre. J'ai apprécié la communication avec les autres professionnels, le médecin, les infirmières, la psychologue. »
- « Je pense que ça a été une bonne idée parce que certains collègues rencontrent des difficultés et c'est bien de pouvoir les partager. »
- « J'ai beaucoup apprécié de participer à ces séances. J'ai trouvé ça super intéressant surtout que c'est ouvert à tous, que j'avais droit à ma prise de parole et que je pouvais dire ce que je pensais. Je suis en cours de préparation d'un diplôme d'IDE en VAE. Ce groupe de parole m'a appris à découvrir de nombreuses choses autour de la fin de vie que je n'avais pas apprises en VAE, et de développer de nouveaux acquis. J'en apprend tous les jours, de différentes façons. »
- « Je pense que le groupe de parole a permis de partager les difficultés avec nos collègues dans un esprit différent. Chaque personne dans le groupe pouvait gérer sa prise de parole, mais avec une formulation plus réfléchie que ce que l'on peut « décharger » entre nous au quotidien. »
- « Cela m'a permis de découvrir l'équipe, de mieux m'intégrer. Je me suis rendue compte qu'il y avait pas mal d'échanges entre les différents membres du groupe. J'ai découvert comment les uns et les autres travaillaient. Cela permet de faire un groupe, de serrer les coudes. »
- « Après un an je pense que c'est vraiment intéressant et que ça m'a apporté beaucoup de choses. »
- « C'est un moment pour libérer la parole, quelque chose de confidentiel, qui reste dans ce cadre-là. C'est nécessaire et c'est important dans notre métier. »
- « J'en ai pensé beaucoup de bien. Cela m'a permis d'aborder un peu mieux le domaine de la fin de vie et de la mort que j'appréhendais beaucoup. Aujourd'hui, j'ai appris quelques petites choses qui pourront me permettre de plus aller vers

ces personnes-là. J'ai pu partager ma difficulté avec mes collègues et leur écoute solidaire me sera profitable »

- « C'est un moment très important pour moi et je voudrais que ça continue. Le principe me plaît. »
- « L'analyse de pratiques, je ne l'ai pas découverte, je l'avais trouvée ailleurs, mais ce que j'ai apprécié ici, c'est que ce soit un vrai moment de partage avec tous les collègues. Je trouve en particulier très bien d'avoir intégré les AMP, ASH, ASP qui ont une autre vision du résident qui peut nous éclairer dans le soin et la prise en charge. »

#### **UNE FACON DE TRAVAILLER ENSEMBLE, DE TRANSMETTRE LES SAVOIRS ET D'ETRE SOLIDAIRE :**

- « Je rebondis sur ce que disais A-L (cf. supra) qui a du mal avec les résidents en fin de vie. Ce domaine, en ce qui me concerne, ne me pose pas de problèmes, et je veux dire que l'on est ensemble, aussi pour se transmettre nos savoirs et être solidaires. Ce qu'il y a de bien, c'est que, ici, on a valorisé nos compétences. »
- « Cela fait du bien parce qu'on parle des résidents et que l'on trouve des solutions. Cela fait du bien pour nous de parler, et même de rigoler un peu aussi ! »
- « Au début j'appréhendais, mais après, je me suis senti à l'aise et j'ai aimé. »
- « J'ai déjà fait des groupes de parole, mais ici c'était différent. J'ai apprécié de pouvoir écouter les autres collègues puisque moi je suis un peu à l'écart dans l'Unité Protégée. »

#### **UN SOUTIEN MORAL DANS LES MOMENTS DIFFICILES :**

- « Cela m'a apporté un soutien moral dans les moments difficiles. »
- « J'ai trouvé bien que l'on parle des autres résidents, de leurs maladies, des soins, cela m'a donné des idées aussi pour les miens. »
- « (Animatrice) Ce que j'attendais, c'était de pouvoir être vraiment dans l'échange et c'est ce qui s'est passé. J'ai beaucoup appris et notamment, comment faire et où me mettre pour vous aider, puisque n'étant pas soignante, il y a des problématiques que vous aviez et que je ne comprenais pas, puisque nous n'avons pas tout à fait les mêmes rapports avec les résidents. Tout cela a été très important pour moi et m'a permis de pouvoir entrer un peu plus dans l'équipe. »

**PAS DE CRITIQUE FORMELLE :**

- « Je n'ai pas de critique. »
- « J'ai trouvé que c'était intéressant, mais je me demande si cela n'aurait pas été mieux de le faire individuellement, pour que l'on puisse dire vraiment ce que l'on a envie de dire »
- « Les critiques, je n'en ai pas qui me viennent à l'esprit. »
- « Je n'ai pas de critique »
- « Pas de critiques, sinon en faire un peu plus quand je suis là ! »
- « Pas de critique »
- « Une critique : Je trouve dommage que ce soient toujours un peu les mêmes personnes qui s'expriment, qui parfois monopolisent la parole. On ne s'écoute pas assez ! Ce n'est pas qu'une critique aux autres, je m'inclus aussi... »

Souhaitez-vous poursuivre cette expérience et qu'en attendriez-vous dans le futur ?

**DES REPONSES UNANYMES POUR POURSUIVRE :**

- « A continuer... »
- « Je souhaite poursuivre l'aventure ! »
- « Je souhaite poursuivre cette expérience mais aussi pouvoir faire la même chose individuellement, car il n'est pas toujours facile de s'exprimer en public. »
- « C'est avec grand plaisir que je participerai »
- « J'aimerais bien continuer. »
- « Je souhaite continuer... »
- « Continuer ? Oui, oui ! »
- « On continue comme ça...Le principe me plaît »
- « Oui, il faut que le groupe de parole avance, qu'on revienne tous les mois, et je pense que tous les collègues sont d'accord avec moi ! Je n'ai pas d'autre suggestion pour l'instant... »

**ENRICHIR LA DEMARCHE ET IDENTIFIER DES PERSONNES RESSOURCES :**

- « Je souhaite poursuivre l'aventure et je pense que des approches nouvelles apparaîtront au fur et à mesure et que c'est bien comme ça. »
- « Rester concrets sur la problématique du décès en lui-même, continuer à travailler là-dessus pour moi personnellement. »
- « Je souhaiterais que l'on aborde le mal être des aides-soignantes, à ce jour, en institution. C'est un vrai métier que l'on a tendance à ne pas assez reconnaître au niveau des familles, des institutions et en général. »
- « Ce que je suggère, c'est qu'on continue et qu'on apporte encore d'autres choses. Je vais y réfléchir ! »
- « Je pense que ça doit continuer et qu'il faudra apporter encore de nouvelles idées... Je souhaiterais notamment, recommencer à prendre le dossier d'un seul résident et de le creuser un peu plus, pour mieux le connaître, à l'occasion d'une séance. »
- « Cela me paraît primordial de continuer et peut-être même qu'à terme, on pourra identifier parmi nous des personnes ressources. Pour telle compétence, c'est untel qui sait hyper bien faire, il ne faut pas hésiter à aller le solliciter, et pour un autre sujet ce sera quelqu'un d'autre... On pourra peut-être s'identifier les uns les autres comme personnes ressources et ça, je pense qu'on en a toujours besoin ! »

**1.3. NOTES GLOBALES**

Concernant le niveau de satisfaction sur cette expérience :

**Merci d'évaluer de manière chiffrée et anonyme, votre niveau de satisfaction global sur cette expérience, sur une échelle allant de zéro à dix ?**

**Note moyenne : 8,7/10 sur 17 réponses**

Concernant le niveau de plaisir à exercer ce métier :

**Merci d'évaluer de manière chiffrée et anonyme, votre niveau de plaisir global à exercer votre métier tel que vous le pratiquez aujourd'hui, sur une échelle allant de zéro à dix ?**

**Note moyenne : 6,7/10 sur 22 réponses**

## F – DISCUSSION

Cette expérimentation de différents outils a été réalisée dans un contexte précédemment décrit de grande vulnérabilité du personnel soignant au sein de l'EHPAD.

Cette vulnérabilité a été mise en évidence par les moyens qualitatifs et quantitatifs.

Elle a été comparée à celle d'un échantillon étudié en 2007, travaillant dans le même contexte, avec des résultats globalement similaires notamment dans le contexte de la mort en institution.

Cette comparaison renforce le niveau de crédibilité du travail accompli localement et maintenant.

Il faut encore noter que, au sein de l'établissement dans lequel nous avons réalisé cette expérimentation, et dans la période à laquelle nous l'avons réalisée, l'équipe dirigeante de l'établissement, exerçait ses fonctions administratives et de gestion du personnel sans faillir, mais que, par ailleurs, la bienveillance et l'aide aux équipes étaient et demeurent les fondements du management. On ne pouvait donc pas, dans ce cadre et dans la période étudiée, considérer les rapports hiérarchiques comme un facteur de vulnérabilité supplémentaire.

Les résultats de cette démarche de prévention auprès du personnel soignant de l'EHPAD EDENIS BORDE HAUTE sur une durée d'un an **apparaissent globalement positifs.**

- Les soignants ayant participé aux groupes et aux deux formations se sont exprimés  **dans des résultats chiffrés :**
  - o Les groupes ont été perçus comme **une aide dans plus de 90 % des cas** dans la prise en charge de la Fin de vie et de la Mort tout au long de l'année.
  - o Les participants aux deux formations spécifiques expriment **avoir progressé** dans ces deux domaines, être **plus à l'aise** pour vivre la mort d'un résident, pour accompagner les familles, et sont **motivés** pour participer à des rituels de groupe au sein de l'établissement, dans une large majorité.
  - o Le **niveau de satisfaction global** sur l'expérience dans sa totalité se situe à **près de 90 %**
- Ce bilan est renforcé par le **verbatim des séances** d'évaluation en groupe après un an de fonctionnement.

Ces préalables étant posés, il nous semble important de discuter les enseignements de cette expérience en termes de **faisabilité**, d'**acceptabilité** et de **bénéfices** escomptés dans ce type d'action.

## 1. QUELS CRITERES DE FAISABILITE RETENIR ?

### 1.1. Pair-aidance

Il s'agit du concept de l'aide entre pairs au sein d'une même équipe de soin.

Ce concept est sous-tendu et favorisé par une histoire commune, faite de partages informels au sein de la pratique, conceptualisé dans les termes de « clinique des interstices » ou de « psychologie de couloir ».

### 1.2. Emergence d'une initiative non institutionnelle

Elle constitue un effet de surprise susceptible de susciter la curiosité.

Elle apporte une certaine « fraîcheur » dans un univers où les outils institutionnels régulièrement mis en place dans un souci de « démarche qualité » peuvent ne pas toujours être bien compris et bien acceptés.

### 1.3. Dualité Médecin Généraliste et Psychothérapeute comme co-animateurs

La présence d'un psychothérapeute dans l'équipe d'animation est un atout majeur pour l'analyse des émotions et des comportements exprimés lorsque la parole se libère, et pour permettre d'en élaborer le contenu.

La participation d'un médecin généraliste externe à l'établissement, impliqué à titre de médecin traitant, croisé souvent et depuis longtemps dans l'institution, dans ce type projet de prévention solidaire, complète naturellement le dispositif.

### 1.4. Formations internes

Les formations au sein de l'établissement, dans le cadre de groupes préexistants, en utilisant au moins en partie les ressources internes, apportent un effet bénéfique supplémentaire (double effet « Kiss cool »).

### 1.5. Cadre institutionnel

Un cadre institutionnel fait d'un management sain, attentif au bien être des soignants, ouvert aux initiatives novatrices et quelque peu « aventurières », est un facteur favorable évident et une condition de réussite !

## 2. QUELS CRITERES D'ACCEPTABILITE RETENIR ?

### 2.1. Charte de départ

Exposée avec clarté, elle permet de poser les fondements du fonctionnement de ces groupes de partage

### 2.2. Liberté

Pour tout un chacun, de participer ou de ne pas participer

### 2.3. Non-jugement, confidentialité

Posés comme bases éthiques

### 2.4. Respect de l'autre, écoute

Institués comme règles de la vie de groupe

### 2.5. Liberté de parole

Et le respect des silences et des silencieux...

### 2.5. Effet symbolique

Comme un signe de prise en compte et de reconnaissance de l'existence, de l'importance des soignants, et du souci « solidaire » de leur bien-être au travail.

### 2.6. Ouverture à tous les soignants

Et même aux non-soignants dans certaines formations internes, pour contribuer à la cohésion et la construction d'un esprit de groupe

### 2.7. Durée et pérennité

Facteurs de crédibilité, de confiance, de libération progressive de la parole et d'attachement à l'outil. C'est une « marmite qu'il faut culoter avec douceur » !!!

## 3. QUELLES RESERVES A PRENDRE EN COMPTE ?

### 3.1. Inadapté à la prise en charge de la souffrance individuelle

Ces instants de partage peuvent être un bon moyen de dépistage d'une souffrance individuelle avérée, mais ne sont pas l'outil adéquat pour y répondre et l'accompagner. Ils méritent d'être complétés par un lieu d'écoute individuel.

Les cadres médicaux (Médecin coordinateur et Cadre de santé) ont mis en place, dans la même période, des entretiens individuels visant à une valorisation des efforts accomplis et une écoute des problématiques, qui peuvent être un début de réponse à ce besoin.

### 3.2. Nécessité d'une gestion de la parole et des émotions adaptée

La libération progressive de la parole et des émotions peut faire courir un risque de confusion, et nécessite une réelle compétence des animateurs dans la distribution du temps de parole, les conditions d'écoute, et la gestion des émotions au sein du groupe.

### 3.3. Handicap de l'instabilité des effectifs

Elle peut être un frein à l'histoire commune construite dans la durée, au fur et à mesure de l'expérimentation.

### 3.4. Difficulté à « couper »

Malgré les précautions prises (isolement géographique des résidents), cette condition à pu être difficile à réaliser complètement dans les temps impartis (sonnettes d'appel).

## 4. QUELS BÉNÉFICES ESSENTIELS DE CETTE EXPERIENCE ?

Les bénéfices essentiels ont été exprimés dans le verbatim de l'évaluation après un an de fonctionnement.

- Ces instants de partages étaient ouverts à tous les soignants des différentes équipes, élément fort dans la **construction du groupe et l'intégration des nouveaux arrivants**.
- Ils ont permis de **partager les difficultés** rencontrées avec les résidents, de **communiquer entre collègues** sur ces difficultés, d'**apprendre de la façon de travailler des autres**, dans un « temps d'arrêt », de façon plus posée, plus réfléchie que dans le feu de l'action et dans les couloirs. Cela a permis de trouver des outils nouveaux et d'alléger le travail.
- L'animation par un **binôme Psychologue /Médecin, connus et intégrés** aux équipes, a été perçue comme un bénéfice.
- **L'association de moments d'échanges et d'espaces de formation** sur des thématiques plébiscitées par les participants ont été l'occasion de progresser, de valoriser certaines compétences, et de voir émerger des personnes ressources, un esprit d'entraide et de solidarité.
- **Pouvoir parler, dire ce qu'on pense, dans la confidentialité et le respect mutuel**, sont des éléments souvent retenus comme positifs par les participants. Cela a contribué, sur la durée, à libérer la parole, les émotions parfois lourdes, mais aussi le rire témoin spontané de bien (mieux...) -être !

## G - CONCLUSION

Ce travail est le résultat d'une expérience menée au sein de l'EHPAD EDENIS BORDE HAUTE, par, et à l'initiative de la psychologue de l'établissement et d'un médecin traitant intervenant extérieur, sensibilisés à l'exposition accrue du personnel soignant à des charges physiques et morales exacerbées dans les dernières années.

On ne peut conclure ce travail sans évoquer l'état délétère du monde de la santé actuel, et en particulier de celui qui concerne la prise en charge de la personne âgée.

Cette dégradation de la situation sanitaire est une « Toile de fond » permanente dans le quotidien du personnel en EHPAD, et reste probablement le premier facteur de risque d'atteinte morale et physique des soignants à ce jour.

Une « Gestionarisation » croissante du monde de la santé, la « Qualitisation » institutionnalisée du bien-être des résidents et des personnels, l'« Itemisation » progressive de la bienveillance, associées à des évaluations récurrentes dont le bénéfice reste lui-même à évaluer, sont les réponses les plus visibles des tutelles sanitaires à cette situation.

L'humanité recule souvent avec la multiplication des procédures...

Malheureusement, le monde du soin continue à se paupériser. Il devient moins attractif, et au quotidien, chacun fait comme il peut avec moins de moyens, et plus de besoins.

Il en résulte un risque majeur de souffrance des soignants, mais aussi de carence de soins, par défaut, des résidents.

Conscients de cette situation et du domaine limité de notre démarche dans ce contexte, il nous a paru néanmoins primordial de mener une action à notre mesure, dont l'objectif principal était d'utiliser le partage et la dynamique d'un groupe de soignants pour prévenir la souffrance morale dans le soin quotidien, la relation au résident, le travail en équipe.

L'outil essentiel mis en œuvre a consisté en « Instants de partage et d'échange en vue de libérer la parole et soutenir les soignants », proposés au rythme d'une séance par mois, sur une année.

Deux formations répondant à des demandes des participants, ont été proposées sur la thématique de « *La fin de vie en EHPAD* » et sur celle de « *La mort en EHPAD* », avec, pour chacune d'elle, une partie théorique, et une partie sous forme de partage.

L'évaluation au terme d'une année, au moyen de questionnaires, mais aussi et surtout d'une séance entière consacrée à l'expression libre des participants, a montré un niveau de satisfaction élevé, ainsi qu'un souhait clairement exprimé de poursuivre l'expérience, ce qui, à nos yeux, est un critère du bénéfice significatif de ce type d'action, dans le cadre de la prévention de la santé morale des soignants.

Il est à noter également comme un signal fort le fait que, malgré le contexte délétère, le « Niveau de plaisir global à exercer le métier de soignant en EHPAD » reste élevé (6,7/10)

Ce résultat corrobore l'idée que la motivation intrinsèque liée au sens du travail est un facteur essentiel pour le maintien d'une bonne santé au travail.

Il nous est apparu dans cette action, que les principaux facteurs de faisabilité et d'acceptabilité méritant d'être soulignés dans ce vécu, ont été :

- « **L'horizontalité** », résultat d'une histoire de « temps d'espaces interstitiels » ayant permis une adhésion quasi immédiate, et qui s'est renforcée
- **Le modèle « Instants de partage »**, ouvert à tous les soignants dans la confidentialité, le respect, la liberté, ayant permis une action libératoire progressive de la parole et des émotions.
- **La formation sur un modèle simple et adapté** aux groupes permettant de répondre à une vraie demande thématique et, en retour, de renforcer la qualité des échanges.

Toutes ces réflexions sont issues d'un travail précis, dans un cadre donné, à un moment donné.

Elles ne peuvent bien entendues pas être applicables ni généralisées comme une méthode, mais quelques éléments méritent d'être retenus comme outils de réflexion, pour adapter des actions de prévention de santé morale dans d'autres univers de soin.

Le domaine abordé ici, est celui de la prévention de la santé morale des soignants dans le domaine limité mais essentiel de la relation soignant-résident, la gestion des difficultés autour du résident, les émotions induites et le savoir être dans le cadre des soins.

Œuvrer dans ce domaine est bien évidemment insuffisant face à la réalité médicosociale actuelle des EHPAD, mais il nous semble avoir pu montrer dans ce travail, que des moyens humains, fait de co-aidance, d'un environnement institutionnel local facilitant, pouvaient être utiles, sur le terrain, pour contribuer à protéger la santé morale des soignants.

*" Un jour, dit la légende, il y eut un immense incendie de forêt. Tous les animaux terrifiés et atterrés observaient, impuissants, le désastre. Seul le petit colibri s'activait, allant chercher quelques gouttes d'eau dans son bec pour les jeter sur le feu. Au bout d'un moment, le tatou, agacé par ses agissements dérisoires, lui dit : « Colibri ! Tu n'es pas fou ? Tu crois que c'est avec ces gouttes d'eau que tu vas éteindre le feu ? » « Je le sais, répondit le colibri, mais je fais ma part. »*

**Selon P.Rabhi**

## H. ABREVIATIONS/ BIBLIOGRAPHIE

### 1. ABREVIATIONS

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

GIR : Groupe Iso Ressources

IME : Institut Medico Educatif

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VAE : Validation des Acquis de l'Expérience

### 2. BIBLIOGRAPHIE POUR ALLER PLUS LOIN...

1. « La toilette mortuaire est-elle un stress ? Enquête auprès de 200 soignants. »  
*A Petrognani (Médecine Palliative 2007, 6 :238-242)*
2. « Fin de vie en EHPAD, parlons-en ! »  
*M.A Vincent (Editions Le Coudrier Coll Avelines 2021)*
3. « Comment former à la démarche palliative en EHPAD ? »  
*J.M Gomas, A. Hoffmann, P. Morice, E. Caceres, D. Tribout (La revue de gériatrie 2016 – 41 (5) :287-292)*
4. « Des conditions de travail vécues comme difficiles par des personnels très engagés »  
*R. Marquier, T. Vroylandt (Dossiers de la DRESS Sept.2016 n°5)*
5. « La mort, une règle implicite affolante en gérontologie »  
*T. Darnaud (Gérontologie et société 2016/2 Vol.38 n°150 Pag.101-108)*
6. « Insuffisance du travail d'équipe et burnout, deux prédicteurs majeurs dans l'intention de quitter la profession infirmière »  
*Estryng-Behar M., Le Nezet O. (Soins Cadres, 2006 n° 2, p. 2-14)*
7. Roussillon, R. (2001) Le plaisir et la répétition : théorie du processus psychique.  
*R. Roussillon (Paris 2001 Editions Dunod)*
8. EHPAD EDENIS BORDEHAUTE : Projet d'établissement 2022-2026

## I. ANNEXES

« J'ai été très encouragé par les retours positifs des soignants sur l'expérience menée au sein de notre établissement. Cette initiative était essentielle pour répondre aux défis complexes que notre équipe de soignants doit relever quotidiennement.

L'initiative de proposer des « Instants de partage et d'échange » ainsi que des formations spécifiques répond à une nécessité pressante. L'évolution du profil des résidents vers des cas plus complexes, couplée à la précarité du travail et aux défis de recrutement, souligne l'urgence d'agir. La crise de la COVID-19 a mis en lumière ces enjeux et a, d'une certaine manière, catalysé cette initiative. Ce travail réalisé par le Dr Benezech témoigne d'une réelle compréhension des besoins émotionnels et psychologiques des soignants, ainsi que d'une volonté de les soutenir dans un contexte de travail de plus en plus difficile.

Cette initiative au sein de l'EHPAD Borde Haute est indubitablement un pas dans la bonne direction. Elle a permis de libérer la parole et de soutenir émotionnellement les soignants, leur offrant un espace pour partager leurs expériences et leurs fardeaux. Pour qu'une telle approche réussisse de manière durable, elle doit être accompagnée d'efforts pour résoudre les problèmes de sous-effectif et de turn-over.

Il est donc essentiel que cette expérience serve de catalyseur pour des changements systémiques plus larges dans le secteur des EHPAD, afin de garantir un soutien émotionnel continu aux soignants tout en leur offrant des conditions de travail appropriées. »

Abdoul SOW

Directeur d'établissement EHPAD EDENIS BORDE HAUTE

« L'inadéquation croissante entre les moyens et les besoins, l'image péjorative de la prise en charge dans les EHPAD donnée par les médias, rendent le métier de soignant de plus en plus difficile. Une dérive s'opère : le soignant, dont la vocation est d'assurer le confort et l'accompagnement de personnes vulnérables, devient malgré lui un technicien, qui doit effectuer une série de tâches (trop longues) dans un temps limité (trop court). Le sentiment de "travail mal fait", l'insatisfaction et la dévalorisation qui en résultent ont un impact important sur le bien être des soignants, et indissociablement des soignés.

La pertinence initiale de ce projet dans ce contexte, la qualité, l'empathie et l'humanité avec lesquelles il a été conduit ont offert au personnel un moment d'échange serein, de partage, de formation, et de valorisation de chacun dont les bienfaits étaient palpables dans les couloirs (cette fameuse "clinique des interstices"... ) avant même la restitution plus précise que constitue ce mémoire. Alors que les formations "obligatoires" peuvent être perçues comme "une charge de travail supplémentaire", et où l'adhésion des soignants peut être difficile à obtenir, les sessions du projet "prévenir la santé morale du personnel soignant en EHPAD" ont suscité l'enthousiasme, sentiment trop rare dans nos murs, et preuve supplémentaire de sa réussite s'il en fallait. »

Dr Patrice FILLION

Médecin Coordinateur EHPAD EDENIS BORDE HAUTE

« Nous arrivons désormais dans un moment charnière, où l'accompagnement de la personne âgée de demain doit être remodelé autour de besoins croissants et évolutifs. Ces changements nécessitent de la flexibilité, et une réadaptation autour d'une réalité de terrain parfois complexe, où s'entremêlent posture professionnelle et retentissement sur la sphère émotionnelle, plus personnelle. Les soignants, souvent "en moins", se retrouvent dorénavant plongés dans l'accompagnement d'une dépendance grandissante, les renvoyant parfois à un sentiment de frustration et d'incompétence, alimenté par l'envie de "bien-faire" et non d'être dans le "faire". Ces groupes d'analyse de pratiques professionnelles ont pu favoriser les temps d'échanges autour du quotidien, de la charge de travail et de sa fatigabilité. De même, ils ont été l'opportunité d'observer l'émergence de questionnements, et d'une envie affirmée de remettre du sens derrière les "actions non-anodines du quotidien". Effectivement, par le biais du cadre induit par la charte et le contexte propice (moment dédié), les soignants se sont sentis libres de toute expression. Au fur et à mesure, le sentiment de cohésion s'est intensifié, permettant de ressouder les équipes et d'encourager l'entraide et le partage, valeurs centrales dans nos missions d'accompagnement. En somme, ces rencontres où chacun a pu déposer un peu de son vécu sont estimées de tous ; elles viennent mettre un peu de baume au cœur dans un contexte où parfois, les simples mots ne suffisent plus. »

Eva SYLVESTRE  
Psychologue EHPAD EDENIS BORDE HAUTE

« Ces « SAS de parole pour les salariés », dont nous avons partagé la création, ont un réel intérêt à perdurer, pour soutenir la santé des soignants.

Pour l'instant, les politiques publiques n'ont pas pris la réelle mesure de la problématique de la souffrance des soignants en EHPAD et, de mon point de vue, les évaluations qualité, dans leur forme actuelle n'apportent aucune valeur ajoutée (au contraire...) pour le bien être du personnel. J'inviterais volontiers notre ministre à faire un « Vie ma vie » durant 48 voire même 24h en EHPAD dans le rôle du soignant... »

Isabelle SUD  
Ex-Directrice d'établissement EHPAD EDENIS BORDE HAUTE