

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Influence de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins et
l'âgisme perçus par les soignants**

Présentée et soutenue publiquement le 17 juin 2021 à 18 heures

Au Pôle Formation

Par Camille OLIVIER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Karim GALLOUJ

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

TABLE DES ABREVIATIONS

AMP : Aide médico-psychologique

AS : Aide-soignant

ASH : Agent de Service Hospitalier qualifié

AVS : Auxiliaire de vie sociale

CH : Centre Hospitalier

COPSOQ : Copenhague Psychosocial Questionnaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

FSA : Fraboni Scale of Ageism

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier diplômé d'Etat

MBI : Maslach Burnout Inventory

RPS : Risques Psychosociaux

SEP : Syndrome d'Épuisement Professionnel

SSR : Service de Soins de Suite et Réadaptation

UHR : Unité d'Hébergement Renforcée

USLD : Unité de Soins Longue Durée

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	
TABLE DES ABREVIATIONS	
SOMMAIRE	
RESUME	
I. INTRODUCTION	1
II. MATERIELS ET METHODES.....	3
II.1. Type d'étude.....	3
II.2. Population	3
II.3. Procédure de recueil des données.....	4
II.4. Outils de mesure	5
II.4.a Recueil de données sociodémographiques	6
II.4.b Le sentiment d'épuisement professionnel.....	6
II.4.c La pratique professionnelle des soignants.....	7
II.4.d L'âgisme.....	8
II.5. Analyse statistique.....	9
III. RESULTATS	10
III.1. Diagramme de flux	10
III.2. Description de la population	11
III.3. Etude de l'exposition au syndrome d'épuisement professionnel de la population	14
III.2.a. Exposition au SEP selon l'échelle MBI	14
III.2.b. Corrélations entre échelle MBI et échelle COPSOQ.....	15
III.4. Analyse des liens entre exposition au SEP et qualité des soins perçue par les soignants.....	17
III.5. Analyse des liens entre exposition au SEP et âgisme.....	18
IV. DISCUSSION	20

V. CONCLUSION	26
BIBLIOGRAPHIE	27
VI. ANNEXES.....	29
VI.1. Accord du Comité d’Ethique de l’Université de Lille	29
VI.2. Questionnaire de l’étude	30

RESUME

CONTEXTE : La pandémie à covid-19 a révélé les difficultés rencontrées par le personnel soignant accompagnant des personnes âgées à l'hôpital et en résidence, comme le syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Rares sont les études analysant le lien entre le SEP, la pratique des soins et l'âgisme en gériatrie.

OBJECTIFS : L'objectif principal de l'étude était de déterminer si le SEP influence la qualité des soins perçue par les soignants travaillant en gérontologie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'exposition au SEP du personnel de gérontologie et l'influence du SEP sur l'âgisme.

METHODE : L'étude était observationnelle, prospective, mono centrique. Le recueil de données était effectué pendant 2 mois au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier de Tourcoing. Un questionnaire anonyme était remis au personnel, comprenant des échelles d'évaluation du SEP (MBI), de la qualité des soins perçue (échelle HAS) et de l'âgisme (FSA-14).

RESULTATS : 10.7% de la population rapportait un niveau sévère d'épuisement professionnel. L'étude a montré un lien significatif entre le SEP et la qualité des soins perçue ($r = - 0.534$ ($p < 0.001$) ; $r = - 0.472$ ($p < 0.001$) ; $r = 0.353$ ($p < 0.001$)). Il existait un lien significatif entre le SEP et l'âgisme ($r = 0.241$ ($p = 0.006$) ; $r = 0.216$ ($p = 0.013$) ; $r = - 0.171$ ($p = 0.051$)).

CONCLUSION : Le SEP engendre une moindre qualité des soins perçue et une plus grande tendance à l'âgisme. La littérature a montré que des mesures préventives existaient, elles doivent être mises en place.

I. INTRODUCTION

Depuis quelques années, et particulièrement depuis la pandémie à covid-19, la population générale a pu prendre conscience des difficultés rencontrées par le personnel soignant au travail, notamment dans les services de gériatrie ou au sein des structures médicosociales comme les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Cette souffrance du personnel soignant peut impacter la qualité des soins délivrés aux personnes, notamment par le biais de négligence, voire parfois de soins inappropriés (1). La souffrance au travail est un phénomène qui appartient à un champ plus vaste, celui des risques psycho-sociaux (RPS).

Parmi le vaste champ des RPS, se trouve la notion de syndrome d'épuisement professionnel (SEP) qui touche particulièrement les professionnels de santé en raison de leur implication intense et de longue durée dans une relation d'aide auprès de personnes en souffrance, nécessitant un accompagnement régulier dans le temps.

Cette relation d'aide peut être affectée par un ensemble de facteurs, tel que l'âgisme (2).

A une époque où la population âgée de plus de 65 ans représente 20% de la population française, et près de 30% en 2070 (3), la place et la perception de la personne âgée seront indéniablement amenées à évoluer au cours des années qui viennent.

Une étude israélienne de 2015 a montré qu'il existait un lien entre l'épuisement professionnel d'infirmières travaillant en EHPAD et l'âgisme (4). En 2014, une étude française a mis en évidence un lien entre l'épuisement professionnel et la maltraitance en gérontopsychiatrie (1). Mais rares sont les études qui étudient le lien entre le SEP, la pratique des soins et l'âgisme au sein des structures de gériatrie.

L'objectif principal de l'étude était de déterminer si l'épuisement professionnel influence la qualité des soins perçue par les soignants travaillant au contact de personnes âgées.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'exposition au SEP du personnel de gériatrie du Centre Hospitalier (CH) de Tourcoing et l'influence de l'épuisement professionnel sur l'âgisme.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. Type d'étude

L'étude était observationnelle, prospective, mono centrique. Le recueil de données a été effectué pendant une période de deux mois, du 5 octobre au 30 novembre 2020 au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier de Tourcoing. Cette période a été marquée par la deuxième vague d'épidémie à covid-19, provoquant une tension élevée au sein des établissements hospitaliers et médico-sociaux.

L'étude a obtenu l'avis favorable du comité d'éthique de la faculté de Lille.

L'avis de la CNIL n'était pas nécessaire car le protocole se situait en catégorie MR003 de la Loi Jardé.

II.2. Population

L'étude concernait tout membre du personnel travaillant au sein du pôle de gérontologie du CH Dron, soignant comme non soignant. Les catégories professionnelles concernées étaient aide-soignant (AS), auxiliaire de vie sociale (AVS), aide médico-psychologique (AMP), infirmier (IDE), médecin, agent de service hospitalier qualifié (ASH), hôtelier, secrétaire, agent administratif, cadre de santé, infirmier coordinateur, hôte d'accueil, kinésithérapeute, orthophoniste, arthérapeute, ergothérapeute, animateur, travailleur social, diététicien, psychomotricien, podologue, psychologue, ces 10 dernières professions étant ultérieurement regroupées sous le terme « rééducateurs », afin de faciliter la lecture des graphiques.

Les critères d'inclusion étaient :

- tout membre du personnel du pôle de gériatrie
- majeur
- salarié au sein du pôle de gériatrie du CH de Tourcoing

Les critères de non inclusion étaient :

- personnel ayant participé à l'élaboration du questionnaire
- personnel travaillant en direction ou au sein des services centraux

II.3. Procédure de recueil des données

Le recueil de données était effectué par le biais d'un questionnaire papier auto-rapporté à destination du personnel du pôle de gériatrie du CH de Tourcoing.

Les services concernés étaient ceux du Court Séjour Gériatrique (CSG), des Soins de Suite et Réadaptation gériatrique (SSR) du pavillon Malatray, ainsi que les quatre résidences autour du CH de Tourcoing que sont les Maisonnées (EHPAD et Unité d'hébergement renforcé (UHR)), Mahaut de Guignes (EHPAD et Unité de soins de longue durée (USLD)), Isabeau (EHPAD) et les Fougères (EHPAD).

Ce questionnaire était anonyme, non obligatoire et sa passation n'avait lieu qu'à la suite d'un consentement libre et éclairé. Le caractère non obligatoire et anonyme était précisé sur la première page du questionnaire.

Afin de recueillir le consentement des participants, la méthode de non-opposition était utilisée, c'est-à-dire qu'il était expliqué le caractère non obligatoire, et que le fait de répondre au questionnaire équivalait au consentement à la participation.

Il était précisé que l'utilisation de données ne serait faite qu'à des fins de recherche uniquement.

Le participant déposait son questionnaire complété dans une urne scellée, et prévue exclusivement à cet effet. Chaque unité de soins participant à l'étude avait sa propre urne.

Il était précisé la possibilité de se retirer à tout moment de l'étude. Pour cela, chaque questionnaire possédait un code d'identification unique, inscrit sur le questionnaire ainsi que sur un coupon détachable que le participant était invité à conserver. En cas de souhait de retrait de l'étude, le participant pouvait contacter l'investigateur en lui indiquant le code du questionnaire à supprimer de la base de données.

Les modalités d'anonymisation et de rétractation étaient formalisées avec le délégué à la protection des données de l'université de Lille.

Le questionnaire était laissé en libre accès dans les salles de soins et salles de pause des différentes structures. Il restait à disposition du répondant le temps qu'il le souhaitait. Il était proposé au participant de le remplir préférentiellement lors de son temps de travail, bien qu'il puisse néanmoins le remplir au moment qui lui semble le plus opportun. Le temps estimé de remplissage du questionnaire était évalué à environ 20 minutes.

II.4. Outils de mesure

Le questionnaire était composé de questions sur les éléments sociodémographiques des participants et des échelles de traduction française du Maslach Burnout Inventory (MBI) (5) et du Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ) (6), évaluant l'exposition à l'épuisement professionnel, du guide d'autocontrôle des pratiques professionnelles mis en place par la Haute Autorité de

Santé (HAS) (7) et de la Fraboni Scale of Ageism, la FSA-14 (2) évaluant l'âgisme, toutes issues de la littérature.

II.4.a Recueil de données sociodémographiques

Des informations sur l'âge du participant et son ancienneté dans la profession ont été collectées. Dans un souci de respect de l'anonymat, toutes ces données ont été récoltées dans le questionnaire au moyen d'intervalle d'âge et d'ancienneté.

La quotité travaillée (temps plein ou temps partiel) était également recueillie, ainsi que la survenue ou non d'un arrêt de travail dans les 6 derniers mois, l'appartenance du participant à une catégorie professionnelle, et la prise d'un traitement médicamenteux au long cours.

II.4.b Le sentiment d'épuisement professionnel

Le MBI de Maslach & Jackson (8) évalue le risque d'exposition à un syndrome d'épuisement professionnel au moyen de 22 items associés à une échelle de Likert allant de 0 (jamais) à 6 (chaque jour). Il a été utilisé sous la forme de sa traduction française par Dion et Tessier (5). Il se compose de trois sous-échelles que sont :

- L'épuisement émotionnel (ex : « Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail »), avec un score allant de 0 à 54.
- La dépersonnalisation (ex : « Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement »), avec un score allant de 0 à 30.
- L'accomplissement personnel (ex : « Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement »), avec un score allant de 0 à 48.

Les auteurs ont fixé un seuil d'épuisement professionnel élevé lorsque le score d'épuisement émotionnel est ≥ 28 , le score de dépersonnalisation est ≥ 8 et le score d'accomplissement personnel est ≤ 34 pour leur population de soignants. Ils rapportent des indices psychométriques satisfaisants.

Le COPSQ a été élaboré en 2006 par Kristensen et al. (9). Il a été utilisé sous la forme de sa traduction française par Dupret et al. (6) qui évalue les facteurs de risque psychosociaux au travail. Il est composé de 46 items composant 24 sous-échelles, lesquelles sont regroupées dans 6 domaines différents. Chaque échelle donne lieu à un score qui rend compte de l'évaluation d'une dimension spécifique liée à l'environnement de travail. Pour la plupart des items, les modalités de réponse vont, selon les échelles, de « toujours » à « jamais », ou de « dans une très grande mesure » à « dans une très faible mesure ». Les 6 domaines étudiés sont les contraintes qualitatives (ex : « disposez-vous d'un temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ? »), l'organisation et leadership (ex : « Savez-vous exactement ce que l'on attend de vous au travail ? »), les relations horizontales (ex : « Y-a-t-il une bonne coopération entre les collègues au travail ? »), l'autonomie (ex : « Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ? »), la santé et le bien-être (ex : « À quelle fréquence avez-vous été stressé(e) ? ») et le vécu professionnel (ex : « Votre travail a-t-il du sens pour vous ? »).

Les auteurs rapportent des indices psychométriques satisfaisants.

II.4.c La pratique professionnelle des soignants

L'évaluation des pratiques professionnelles était faite par le biais d'un auto-questionnaire mis en place par la Haute Autorité de Santé à disposition des soignants

(7). C'est un questionnaire auto-rapporté, de 32 items, dont les modalités de réponses varient de « toujours » à « jamais ».

Pertinente pour le personnel soignant, la grille permet au soignant de se questionner personnellement sur son comportement, sur son attitude vis-à-vis du patient, sur sa place au sein de l'équipe, et sa place au sein de l'institution (ex : « Il m'arrive de tutoyer un patient sans son accord » ou « Il m'arrive d'imposer un soin à un patient sans tenir compte de son rythme »).

II.4.d L'âgisme

L'évaluation de l'âgisme était faite par le biais de la traduction française de la Fraboni Scale of Ageism (FSA) (10), révisée par Rupp et al en 2005 (FSA-R) (11), à savoir l'échelle FSA-14 (2). Cette échelle évalue l'empathie, l'orientation à la dominance sociale, et le dogmatisme, en fonction du sexe et de l'âge des participants.

Le questionnaire évalue 3 dimensions que sont :

- Les stéréotypes, assimilés aux propos antipathiques tenus envers la personne âgée (ex : « On ne devrait pas faire confiance à la plupart des personnes âgées pour s'occuper d'enfants »).
- La séparation, assimilée aux conduites d'évitement envers la personne âgée (ex : « Je n'apprécie pas que les personnes âgées engagent la conversation avec moi »).
- L'attitude affective, assimilée aux attitudes émotionnelles relatives aux personnes âgées (ex : « La plupart des personnes âgées sont d'agréable compagnie »).

Ces 3 dimensions permettent de mesurer les composantes affective et cognitive de

l'âgisme à l'aide d'une échelle de Likert allant de 1 à 5.

Les auteurs rapportent des indices psychométriques satisfaisants.

L'ordre d'apparition des échelles dans le questionnaire à destination du personnel était le suivant, l'échelle COPSOQ dans un premier temps, puis l'échelle MBI, suivie du guide d'autocontrôle des pratiques professionnelles de la HAS, puis la FSA-14, et enfin, du recueil d'informations sociodémographiques. Le questionnaire comportait également d'autres échelles qui n'ont pas été traitées dans cette étude.

II.5. Analyse statistique

La population à étudier représentait 425 personnes. Il était attendu 202 retours aux questionnaires pour valider les résultats avec un risque d'erreur de 5%.

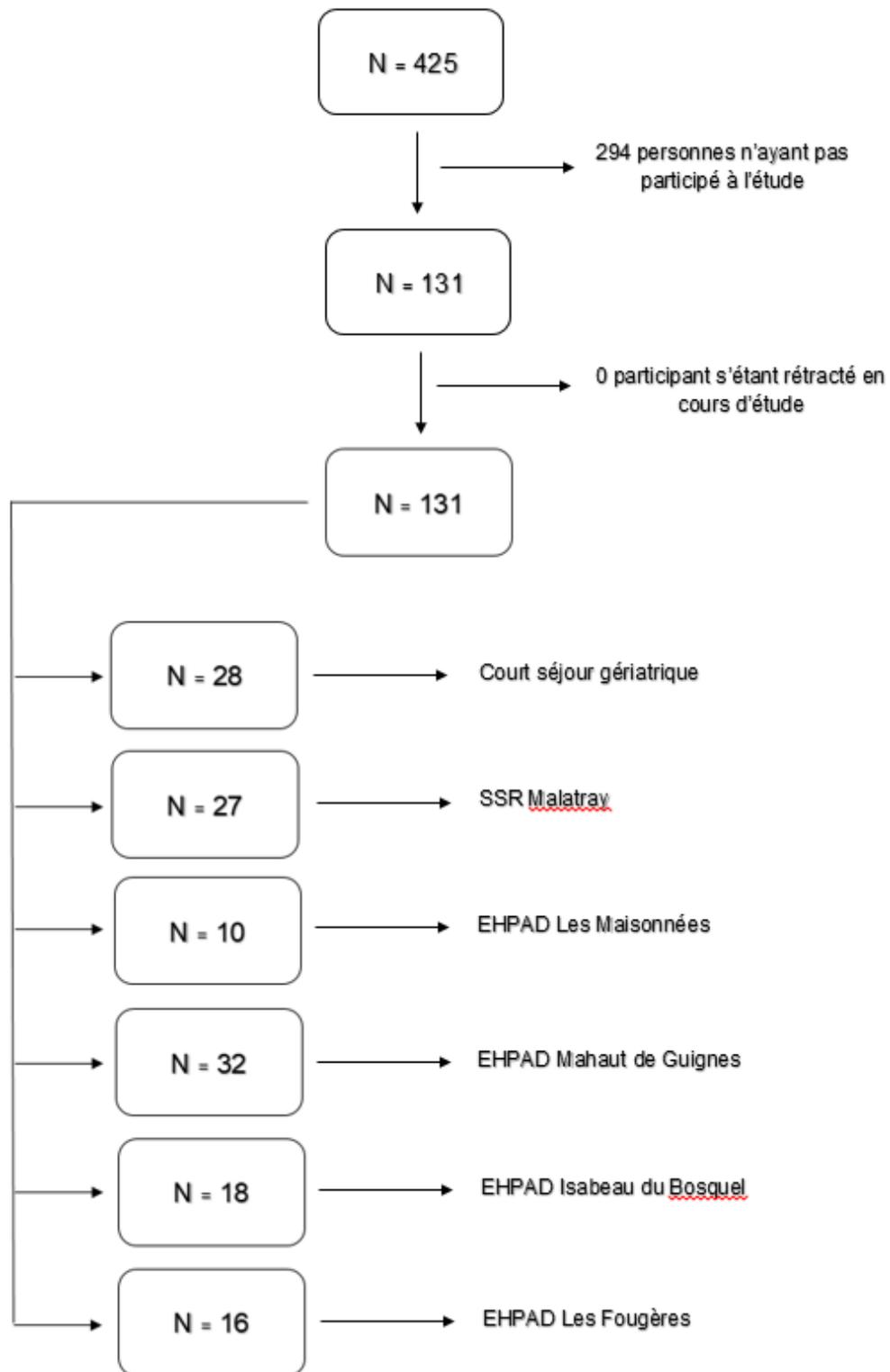
Pour l'analyse de l'exposition à l'épuisement professionnel, les variables ont été présentées en termes de moyennes, valeurs extrêmes (minimales et maximales) et écart type.

L'analyse des liens entre les différentes variables a été faite au moyen de corrélations de Pearson, en utilisant le logiciel SPSS® software version 20 (IBM Corporation, Armonk NY, USA).

Le recueil comprenait 2% de données manquantes correspondant à de la non-réponse partielle (absence de réponse à un ou plusieurs items du questionnaire), qui ont été compensées par la méthode d'imputation par la moyenne.

III. RESULTATS

III.1. Diagramme de flux



III.2. Description de la population

Sur les 425 questionnaires distribués sur les 6 sites formant le pôle gériatologique du CH Dron, 131 ont été retournés, soit un taux de participation de 31%. Les taux de participation par structure étaient de 72% pour le Court Séjour Gériatrique, 27% pour le SSR Malatray, 14% pour l'EHPAD Les Maisonnées, 30% pour l'EHPAD Mahaut de Guignes, 26% pour l'EHPAD Isabeau du Bosquel et 39% pour l'EHPAD Les Fougères. Ces retours permettent donc de valider les résultats au risque de 7% d'erreur.

Les caractéristiques sociodémographiques de la population sont détaillées dans les figures 1 à 6.

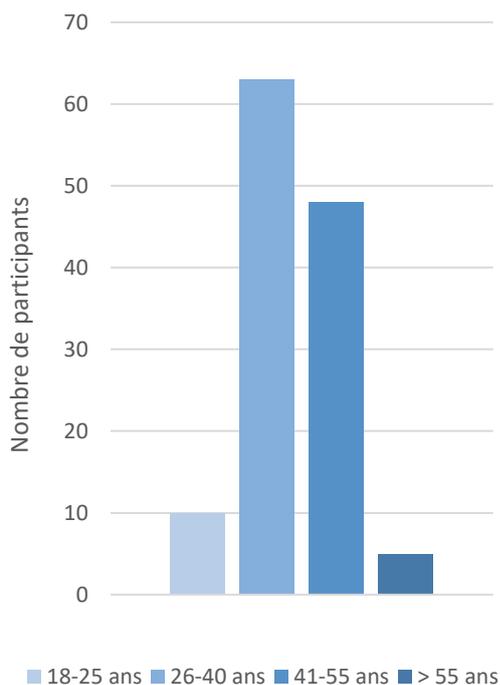


Figure 1 : Répartition par âge

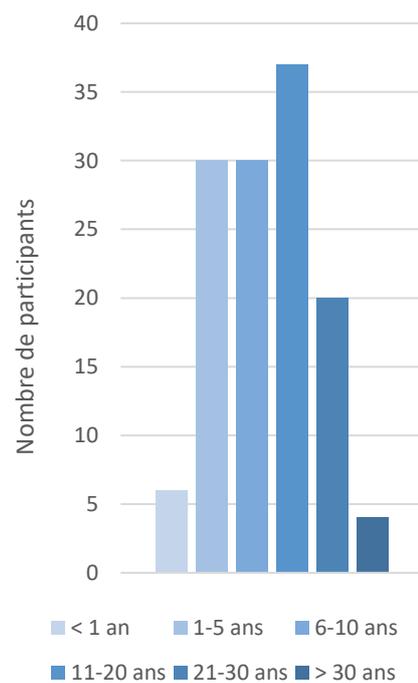


Figure 2 : Répartition par ancienneté

Les échelles d'âge les plus représentées allaient de 26 à 55 ans (figure 1). L'ancienneté se répartissait de manière assez homogène entre 1 et 30 ans (figure 2).

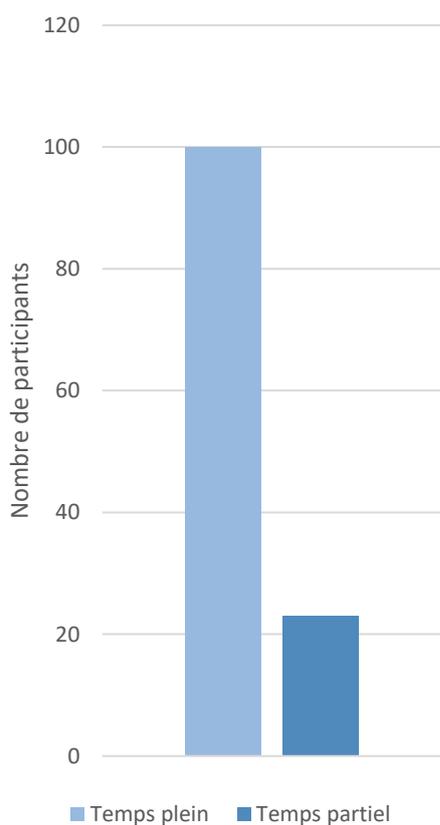


Figure 3 : Quotité travaillée

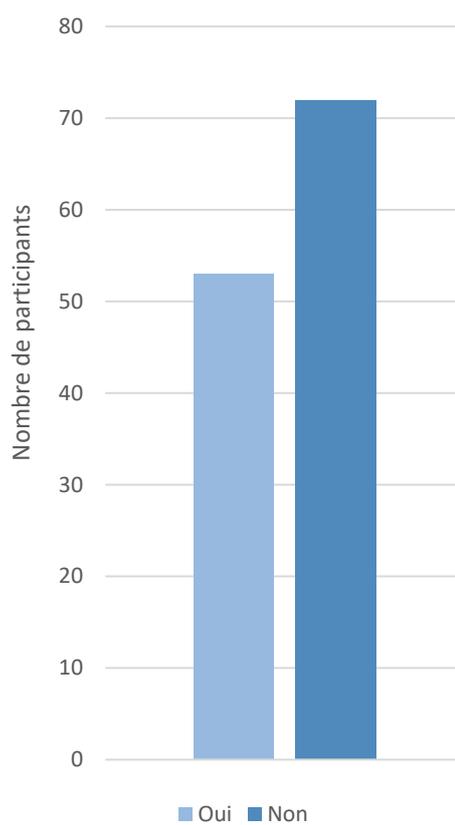


Figure 4 : Arrêt de travail dans les 6 derniers mois

Il y avait 81% de la population qui travaillait à temps plein (figure 3). Environ 40% de la population avait été en arrêt de travail au moins une fois dans les 6 mois précédents, quel qu'en soit le motif (figure 4).

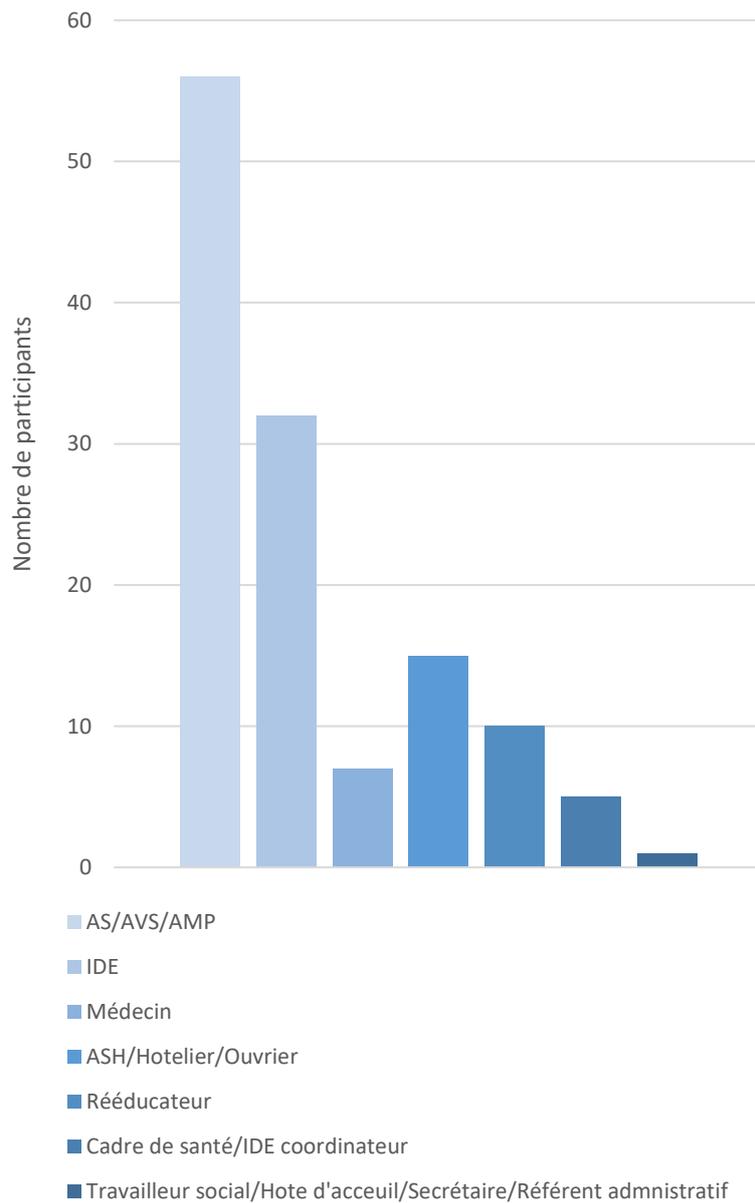


Figure 5 : Répartition selon les catégories professionnelles

Les catégories professionnelles les plus représentées étaient celles des AS/AVS/AMP suivie par celle des IDE, puis des ASH (figure 5).

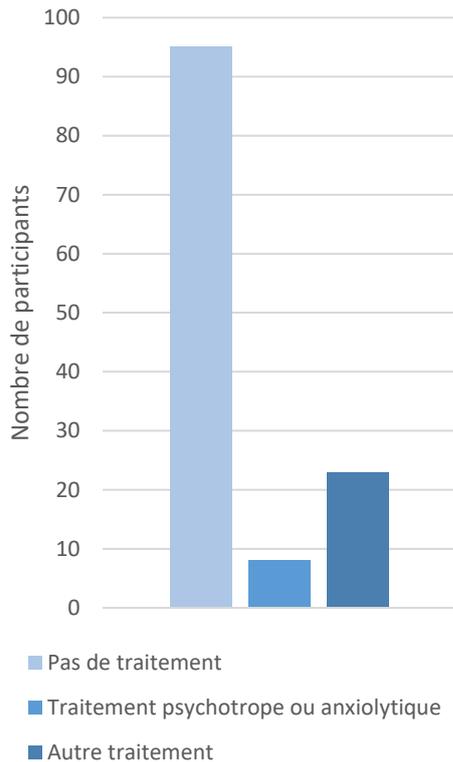


Figure 6 : Traitement médicamenteux au long cours

Il y avait 6% de la population qui suivait un traitement au long cours à visée psychotrope ou anxiolytique (figure 6).

III.3. Etude de l'exposition au syndrome d'épuisement professionnel de la population

III.2.a. Exposition au SEP selon l'échelle MBI

Les moyennes des scores d'épuisement émotionnel, dépersonnalisation et d'accomplissement personnel étaient en faveur d'une exposition modérée au syndrome d'épuisement professionnel (tableau I). 42 participants rapportaient un niveau sévère d'épuisement émotionnel, 54 participants rapportaient un niveau sévère

de dépersonnalisation, et 37 participants rapportaient un niveau sévère de faible accomplissement personnel. 14 participants rapportaient un niveau sévère d'épuisement professionnel, soit 10.7% de la population.

Tableau I : Statistiques descriptives de l'épuisement professionnel selon l'échelle MBI

Variable	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Epuisement émotionnel	0	53	21.95	12.76
Dépersonnalisation	0	24	6.92	6.09
Accomplissement personnel	6	48	35.61	8.52

Les résultats de l'étude de l'exposition au SEP selon l'échelle COPSOQ n'ont pas été détaillés en raison de sa faible utilisation dans la littérature, ne permettant pas de comparaison possible.

III.2.b. Corrélations entre échelle MBI et échelle COPSOQ

Les coefficients de corrélation entre les échelles MBI et COPSOQ sont décrits dans le tableau II.

Tableau II : Coefficients de corrélation entre les échelles MBI et COPSOQ

Variable	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Epuisement émotionnel		0.529***	- 0.254**
Dépersonnalisation			- 0.179*
Accomplissement personnel			
Contraintes quantitatives	0.365***	0.113	- 0.030
Organisation & leadership	- 0.538***	- 0.357***	0.254**
Relations entre collègues	- 0.216*	- 0.121	0.317***
Autonomie	- 0.272**	- 0.205*	0.259**
Santé & Bien-être	- 0.779***	- 0.391***	0.316***
Vécu professionnel	- 0.495***	- 0.370***	0.320

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Les résultats montrent des liens significatifs pour la grande majorité des corrélations entre les composantes du MBI et celles du COPSOQ. 3 valeurs parmi les 18 ne sont pas significatives mais donnent une tendance.

Plus les contraintes quantitatives sont élevées au travail, plus l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation seront élevées, plus l'accomplissement personnel sera faible. A l'inverse, meilleurs sont l'organisation et le leadership au travail, les relations entre collègues, le degré d'autonomie, la santé et le bien-être au travail et le vécu professionnel, moindre sera l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation, et plus grand sera l'accomplissement personnel.

Les corrélations étudiées dans le tableau correspondent à des corrélations de Pearson. La corrélation est positive si les variables évoluent dans le même sens, négative si les variables évoluent dans un sens opposé. Une corrélation égale à zéro correspond à une association nulle entre les deux variables.

III.4. Analyse des liens entre exposition au SEP et qualité des soins perçue par les soignants

Les résultats ont montré un lien très significatif entre le SEP et la qualité des soins perçue par les soignants.

Les coefficients de corrélation sont détaillés dans les tableaux III et IV.

Tableau III : Coefficients de corrélation entre épuisement professionnel selon l'échelle MBI et qualité des soins perçue

Variable	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Qualité perçue des soins	- 0.534****	- 0.472***	0.353***

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Plus l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation sont élevés, plus la qualité des soins perçue par le soignant diminue. A l'inverse, plus l'accomplissement personnel est important, plus la qualité des soins perçue augmente.

Tableau IV : Coefficients de corrélation entre épuisement professionnel selon l'échelle COPSOQ et qualité des soins perçue

Variable	Contraintes quantitatives	Organisation & leadership	Relations entre collègues	Autonomie	Santé & Bien-être	Vécu professionnel
Qualité perçue des soins	- 0.200*	0.468***	0.256**	0.340***	0.408***	0.512***

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

L'analyse des 6 domaines du COPSOQ montre une corrélation négative significative entre le SEP et la qualité des soins perçue.

III.5. Analyse des liens entre exposition au SEP et âgisme

Les résultats ont montré un lien entre l'épuisement professionnel et l'âgisme (tableau V).

Tableau V : Coefficients de corrélation entre épuisement professionnel selon l'échelle MBI et âgisme

Variable	Epuisement émotionnel	Dépersonnalisation	Accomplissement personnel
Agisme	0.241**	0.216*	- 0.171

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Il existe un lien significatif entre l'épuisement émotionnel et l'âgisme, ainsi qu'entre la dépersonnalisation et l'âgisme. La corrélation entre l'accomplissement personnel et l'âgisme n'est pas significatif ($p = 0.051$) mais donne néanmoins une tendance.

Tableau VI : Coefficients de corrélation entre épuisement professionnel selon l'échelle COPSOQ et âgisme

Variable	Contraintes quantitatives	Organisation & leadership	Relations entre collègues	Autonomie	Santé & Bien-être	Vécu professionnel
Agisme	0.115	- 0.104	0.005	- 0.160	- 0.120	- 0.160

p<0.05 ; **p<0.01 ; *p<0.001*

Il n'a pas pu être mis en évidence de lien significatif entre les paramètres d'exposition au SEP analysés avec le COPSOQ et l'âgisme (tableau VI). Néanmoins, les valeurs montrent une tendance qui suit l'effet attendu, en dehors d'une valeur surprenante non significative au vu de la représentativité de l'échantillon.

IV. DISCUSSION

Au sein de l'échantillon étudié, 14 personnes rapportaient un niveau sévère d'épuisement professionnel, soit 10.7 % de la population.

Il a été mis en évidence un lien très significatif entre l'exposition au SEP et la qualité des soins perçue. L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel étaient corrélés à la qualité des soins perçue, selon des coefficients respectifs avec $r = - 0.534$ ($p < 0.001$) ; $r = - 0.472$ ($p < 0.001$) ; $r = 0.353$ ($p < 0.001$).

Il a également été mis en évidence un lien entre l'exposition au SEP et l'âgisme. L'épuisement émotionnel, la dépersonnalisation et l'accomplissement personnel étaient corrélés à l'âgisme, selon des coefficients respectifs avec $r = 0.241$ ($p = 0.006$) ; $r = 0.216$ ($p = 0.013$) ; $r = - 0.171$ ($p = 0.051$).

L'épuisement professionnel chez les soignants est une notion très largement étudiée dans la littérature. La plupart des études ont cherché à analyser l'exposition à l'épuisement professionnel et les facteurs de risque du SEP.

Une étude française de 2007 a identifié les facteurs d'épuisement professionnel chez des infirmières travaillant en unité de soins intensifs (12). 4 domaines étaient corrélés significativement à un SEP sévère, les caractéristiques personnelles telles que l'âge jeune, les facteurs organisationnels, la qualité des relations interpersonnelles, et les facteurs liés à la prise en charge de patients en fin de vie, notamment en cas de limitation des soins.

Ces notions étaient également décrites dans une étude de 2018 menée par Yeatts et al. au sein d'une population de soignants en EHPAD, qui concluait que les caractéristiques organisationnelles de conception du travail, les relations

interpersonnelles et les caractéristiques personnelles, telle qu'une faible estime de soi étaient associées à une ou plusieurs dimensions de l'épuisement professionnel (13).

En 2018, Helson décrivait que les soignants travaillant en gériatrie étaient exposés au SEP notamment en raison de la confrontation avec la mort, des conditions de travail difficiles et des faibles perspectives d'évolution de carrière professionnelle (14).

Une étude menée par Horn et Johnston en 2020 étudiait les facteurs de risque d'épuisement professionnel chez une population de médecins travaillant dans un service de soins palliatifs (15). Travailler au sein d'équipes réduites, travailler plus longtemps notamment le week-end, être âgé de moins de 50 ans ainsi que la lourdeur des tâches administratives étaient décrits comme facteurs de risque de SEP.

De nombreuses études dans la littérature ont également traité la notion d'âgisme chez les soignants, en étudiant principalement sa prévalence ainsi que ses causes et les facteurs pouvant influencer les attitudes discriminatoires envers les personnes âgées. Une étude menée par Higashi et al. en 2012 étudiant les représentations de médecins en formation envers les personnes âgées montrait que les exigences institutionnelles, encourageant la rapidité et l'efficacité, pouvaient influencer les attitudes d'âgisme (16). Il était décrit que certains étudiants en médecine pouvaient ainsi développer des attitudes moralisantes envers les personnes âgées.

En 2012, Masse et Meire décrivait que l'âgisme pouvait influencer les attitudes des soignants à leur insu, au niveau des stéréotypes sur le vieillissement, par méconnaissance des spécificités de la personne âgée, au niveau des préjugés émotionnels et au niveau des comportements discriminatoires envers les personnes âgées (17).

Hwang et Kim étudiaient en 2021 les facteurs influençant l'âgisme au sein d'une population d'infirmières en gériatrie, par le biais de l'échelle FSA (18). Les facteurs retrouvés étaient la peur des personnes âgées, et la peur de la perte du patient.

Bien que les concepts précédemment décrits aient été largement traités dans la littérature, très peu d'études les ont analysés ensemble.

Compte tenu du peu d'études disponibles traitant à la fois du SEP et de la qualité des soins délivrés, et du SEP et de l'âgisme, les résultats de la présente étude concordent avec les données de la littérature.

Une étude française menée par Borteyrou et al. en 2014 (1) avait étudié les liens entre les comportements de maltraitance vis-à-vis des personnes âgées et l'épuisement professionnel au sein d'une population de soignants en gérontopsychiatrie. L'échelle utilisée pour l'évaluation de l'exposition à l'épuisement professionnel avait été le MBI-HSS, une version du MBI adaptée au personnel soignant. L'échelle utilisée pour l'évaluation de la maltraitance avait été un questionnaire spécifique au personnel soignant en gérontopsychiatrie. L'étude avait permis de mettre en évidence un lien entre la maltraitance et l'épuisement émotionnel et entre la maltraitance et la dépersonnalisation. Il existait une corrélation négative entre la maltraitance et l'accomplissement personnel, mais non significative.

Les liens entre âgisme et épuisement professionnel avaient été analysés dans une étude israélienne menée par Iecovich et al. en 2015 (4). L'échelle utilisée pour étudier l'exposition au SEP était le MBI (8), celle pour utiliser l'âgisme était la Attitudes toward Old People Scale de Kogan (19). Il avait été mis en évidence un lien significatif entre l'âgisme et la dépersonnalisation et le faible accomplissement personnel. Il existait également une corrélation non significative entre l'âgisme et l'épuisement émotionnel.

Le questionnaire de recueil de données de la présente étude comprenait de nombreuses autres échelles non utilisées dans cette étude, et était par conséquent assez long. Cela a pu limiter la participation, pouvant expliquer en partie ce taux à 31%. Le recueil de données a été réalisé en pleine épidémie covid-19 alors que les structures gérontologiques étaient sous tension, ce qui laissait moins de temps au personnel pour participer à l'étude.

L'évaluation de la qualité perçue des soins reste un sujet difficile à aborder pour le personnel soignant. Bien que le recueil de données ait été fait de manière anonyme, il était facile pour les soignants de deviner les réponses attendues concernant les échelles d'évaluation de la qualité des soins perçue et d'évaluation de l'âgisme. Cela a probablement constitué un biais de désirabilité sociale. Néanmoins, malgré cela, les résultats obtenus étaient fortement significatifs.

Par ailleurs, le recueil des données reposant sur la base du volontariat, il est possible que cela ait induit un biais de sélection au départ.

De nombreuses études dans la littérature ont étudié l'épuisement professionnel des soignants en gérontologie et les manières de limiter cet épuisement, aussi bien par des actions individuelles, qu'institutionnelles. En 2016, Calvet et al. montrait que les soignants exposés à des résidents « crieurs » en EHPAD étaient en demande de formation, particulièrement à l'accompagnement de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Il était également souhaité l'organisation de réunions pluridisciplinaires dans le but de mieux comprendre les résidents pour lesquels l'accompagnement était difficile (20).

En 2018, Hergue et al. comparait 2 EHPAD, dans lesquels la prévalence du SEP différait (21). Dans l'EHPAD où le personnel était moins exposé au SEP, celui-ci rapportait se sentir écouté et compris par sa hiérarchie. Cette dernière était décrite

comme résolvant davantage les conflits et montrant davantage de reconnaissance envers le personnel. Le personnel rapportait également avoir une meilleure connaissance des projets institutionnels, ce qui augmentait la satisfaction au travail et l'estime de soi. Enfin, dans cet établissement, les soignants avaient bénéficié d'une formation à la méthode de Validation de Naomi Feil (22), permettant de mieux accompagner les résidents atteints de troubles cognitifs.

L'accès à une formation continue par le personnel est également décrit comme une solution permettant de diminuer les soins inappropriés envers les personnes âgées, comme le décrit Moulias et al. en 2020 (23). L'étude évoque également la mise en place d'auto-évaluations du personnel et l'organisation de temps d'échange et d'analyse des pratiques en réunion pluridisciplinaire, comme facteur diminuant les pratiques inappropriées.

Enfin, d'autres études ont été réalisées concernant l'âgisme. Une étude menée par Rababa et al. en 2020 (24) a cherché à déterminer les facteurs favorisant les attitudes discriminatoires du personnel soignant envers les personnes âgées. Il a été mis en évidence par exemple, qu'un plus haut degré de formation du personnel soignant limitait la tendance à l'âgisme. Ce constat était également effectué par Reyna et al. en 2007 (25). Dans cette étude, 2 approches étaient testées dans le but de réduire les stéréotypes envers les personnes âgées au sein d'une équipe soignante en EHPAD ; les effets de l'expérience au contact des personnes âgées et les effets de l'éducation à l'accompagnement de personnes âgées. Il était montré que l'éducation du personnel permettait de diminuer les attitudes discriminatoires.

Il pourrait ainsi être intéressant de mener des études plus approfondies sur les facteurs favorisants et les facteurs protecteurs de l'épuisement professionnel, gage

d'une meilleure qualité des soins, ainsi que de l'âgisme, notamment par le biais d'études prospectives, afin de pouvoir mesurer l'effet des mesures mises en place.

V. CONCLUSION

L'épuisement professionnel au sein des structures de gérontologie est une réalité. Outre son impact sur la qualité de vie au travail, il est désormais admis dans la littérature qu'il influe sur la qualité des soins délivrés aux patients, et favorise des attitudes négatives par le biais de préjugés de la part du personnel soignant envers les personnes âgées. Des mesures doivent être mises en place afin de limiter l'épuisement professionnel, et guider le personnel soignant en gérontologie afin de lui permettre d'appréhender l'accompagnement des personnes âgées avec plus de confiance, dans le but d'améliorer la qualité des soins délivrés et la relation soignant/soigné.

BIBLIOGRAPHIE

1. Borteyrou X, Paillard E. Burnout et maltraitance chez le personnel soignant en gérontopsychiatrie. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. 1 juin 2014;14(81):169-74.
2. Boudjemad V, Gana K. L'âgisme: Adaptation française d'une mesure et test d'un modèle structural des effets de l'empathie, l'orientation à la dominance sociale et le dogmatisme sur l'âgisme. *Can J Aging*. 1 déc 2009;28:371-89.
3. Insee. Population par âge. Tableaux de l'économie française. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303333?sommaire=3353488>
4. Iecovich E, Avivi M. Agism and burnout among nurses in long-term care facilities in Israel. *Aging Ment Health*. 4 mars 2017;21(3):327-35.
5. Dion G, Tessier R. Validation de la traduction de l'Inventaire d'épuisement professionnel de Maslach et Jackson. *Can J Behav Sci*. 1994;26(2):210-27.
6. Dupret É, Bocéréan C, Teherani M, Feltrin M. Le COPSOQ : un nouveau questionnaire français d'évaluation des risques psychosociaux. *Santé Publique*. 2012;24(3):189.
7. HAS. La prévention de la maltraitance - Guide d'autocontrôle de mes pratiques professionnelles (outil à disposition des soignants). 2012. Disponible sur: http://www.forap.fr/pdf/Forap-HAS-bientraitance_-_grille-CEPPRAL.pdf
8. Maslach C, Jackson S, Leiter M. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: *Evaluating Stress: A Book of Resources*. 1997. p. 191-218.
9. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire-a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health*. 2005;31(6):438-49.
10. Fraboni M, Saltstone R, Hughes S. The Fraboni Scale of Ageism (FSA): An Attempt at a More Precise Measure of Ageism. *Can J Aging*. ed 1990;9(1):56-66.
11. Rupp DE, Vodanovich SJ, Credé M. The Multidimensional Nature of Ageism: Construct Validity and Group Differences. *J Soc Psychol*. 1 juin 2005;145(3):335-62.
12. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit J-F, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med*. 1 avr 2007;175(7):698-704.
13. Yeatts DE, Seckin G, Shen Y, Thompson M, Auden D, Cready CM. Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *J Clin Nurs*. oct 2018;27(19-20):3652-65.

14. Heslon C. Burnout of caregivers in geriatrics, an overview and solutions]. *Soins Gerontol.* juin 2018;23(131):16-8.
15. Horn DJ, Johnston CB. Burnout and Self Care for Palliative Care Practitioners. *Med Clin North Am.* mai 2020;104(3):561-72.
16. Higashi RT, Tillack AA, Steinman M, Harper M, Johnston CB. Elder care as « frustrating » and « boring »: understanding the persistence of negative attitudes toward older patients among physicians-in-training. *J Aging Stud.* déc 2012;26(4):476-83.
17. Masse M, Meire P. L'âgisme, un concept pertinent pour penser les pratiques de soins aux personnes âgées ? *Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 1 sept 2012;10(3):333-41.
18. Hwang EH, Kim KH. Quality of Gerontological Nursing and Ageism: What Factors Influence on Nurses' Ageism in South Korea? *Int J Environ Res Public Health.* 13 avr 2021;18(8).
19. Kogan N. Attitudes toward old people: The development of a scale and an examination of correlates. *J Abnorm Soc Psychol.* 1961;62(1):44-54.
20. Calvet B, Charles J-M, Clément J-P. Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 avr 2017;17(98):125-35.
21. Hergue M, Lenesley P, Narme P. Satisfaction au travail et culture managériale empathique en EHPAD : étude exploratoire dans deux établissements. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 févr 2019;19(109):23-9.
22. Feil N. Validation, mode d'emploi. Pradel. Paris; 1997. 238 p. (20 questions).
23. Moulias R, Monfort J-C, Beaulieu M, Simon-Marzais M, Isern-Real M-H, Poch B, et al. Pratiques professionnelles inappropriées et maltraitances. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie.* 1 avr 2020;20(116):112-23.
24. Rababa M, Hammouri AM, Hweidi IM, Ellis JL. Association of nurses' level of knowledge and attitudes to ageism toward older adults: Cross-sectional study. *Nurs Health Sci.* 2020;22(3):593-601.
25. Reyna C, Goodwin EJ, Ferrari JR. Older adult stereotypes among care providers in residential care facilities: examining the relationship between contact, education, and ageism. *J Gerontol Nurs.* févr 2007;33(2):50-5.

VI. ANNEXES

VI.1. Accord du Comité d'Éthique de l'Université de Lille



Comité d'éthique en sciences comportementales

Présidente :
Yvonne DELEVOYE-TURRELL

Président adjoint :
Cédric PATIN

Gestionnaire administrative :
Stella BOUAMRIRENE
Tel : 03 -62- 26- 80- 82
E-mail : Stella.BouamrIREne@univ-Lille.fr

Villeneuve d'Ascq le 28/01/2020

Références comité d'éthique :	2019-384-577
Sigle :	RPSA-GT (Risques psychosociaux - âgisme - gériatrie Tourcoing)
Numéro de version et date :	Version 2 du 24/01/2020
Promoteur :	24/01/2020
Responsable Scientifique du projet :	Emin ALTINTAS Camille OLIVIER

Date de la soumission :	28/01/2020
Avis du Comité d'Éthique : Avis favorable.	
<i>Le protocole est accepté en état. Si pour une quelconque raison, vous souhaitez modifier le protocole (en terme de calendrier, inclusion d'un nouveau groupe...), vous êtes tenu d'informer le comité d'éthique par l'envoi d'un avenant expliquant les motivations mais également les modifications apportées au protocole initial. Cet avenant sera réévalué par le comité d'éthique.</i>	
<i>L'avis du CER-Lille n'exonère pas des formalités réglementaires. A cet égard, il vous appartient notamment, si vous traitez des données se rapportant à un individu directement ou indirectement identifiable, de vous conformer au règlement européen sur la protection des données (RGPD) en vigueur depuis 2018. Pour cela, vous pouvez solliciter les conseils du Correspondant informatique et libertés (DPO) ou du service juridique de votre université ou de votre organisme de recherche.</i>	

Pr Yvonne DELEVOYE-TURRELL
Présidente du comité d'éthique

DAR - Direction de l'Appui à la Recherche
Service Pilotage des Partenariats, des Structures de Recherche et des Plateformes
Comité d'Éthique Lille



Bureau 61
Bât A3
59655 Villeneuve d'Ascq
Tel 03-62-26-80-8

VI.2. Questionnaire de l'étude

Madame, Monsieur,

Je suis interne en médecine générale et je réalise ma thèse de Docteur en médecine **sur le sentiment du personnel prenant en charge les personnes âgées dans les filières de gériatrie au sein du CH de Tourcoing.**

Cette recherche a pour objectif de faire un état des lieux de votre ressenti au travail, et d'identifier et de comprendre les processus et mécanismes qui entrent en jeu sur le lieu du travail.

A ce titre, je sollicite votre accord pour participer à cette recherche qui consiste à répondre à un questionnaire qui dure environ 20 minutes.

Dans le cadre de cette étude, des questions relatives à la qualité des soins proposés aux patients vont être posées. Ces questions ne constituent en aucun cas un jugement personnel sur la qualité des soins dispensés et ne seront pas utilisées à des fins d'évaluation du personnel.

Les données recueillies seront bien évidemment totalement anonymes.

La finalité de l'étude sera de proposer des pistes de réflexion visant à améliorer la qualité de vie au travail. L'étude permettra également d'orienter la programmation de formations pour le personnel, notamment concernant les spécificités de prise en charge de la personne âgée, et de la personne âgée atteinte de maladie d'Alzheimer.

Vous êtes libres d'y participer ou non, aucune participation n'est obligatoire.

Néanmoins, je vous encourage vivement et vous remercie d'y participer, car plus la participation sera importante, plus les résultats de l'étude seront pertinents.

Vous aurez la possibilité de vous rétracter à tout moment de l'étude. Pour cela, conservez précieusement (vous pouvez aussi le prendre en photo) le numéro (unique) de votre questionnaire, en détachant le coupon ci-joint. Il vous sera demandé pour pouvoir vous rétracter (afin d'identifier votre questionnaire, et de le supprimer de la base de données).

A l'issue de l'étude, vous serez informés des résultats de ce travail par le biais de plaquettes d'informations et de réunions qui seront organisées au sein du pôle de gérontologie du CH de Tourcoing.

Je vous remercie par avance pour votre contribution.

Camille OLIVIER (Interne en médecine générale)

VOS DROITS :

Conformément à la loi informatique et liberté n°2004-801 et au Règlement (UE) n°2016/679 relatif à la protection des données personnelles (RGPD) vous disposez d'un droit d'accès aux données, de rectification des données erronées, d'effacement des données en cas de traitement illicite, de portabilité vous permettant d'obtenir des données que vous avez-vous-même fournies à l'établissement, de limitation du traitement des données notamment si celui-ci venait à être remis en cause.

Pour exercer ces droits, et notamment si vous souhaitez vous rétracter en cours d'étude, vous pouvez vous adresser à :

- Moi-même, Camille OLIVIER (investigateur principal) : camille_olivier@hotmail.fr

Pour cela, indiquez dans le mail le numéro unique de votre questionnaire, ci-joint, afin que ce dernier puisse être identifié.

En cas de difficulté psychologique, veuillez contacter le Centre d'Accueil de Crise (EPSM Lille Métropole, secteur Tourcoing) au : 03 20 68 37 80 (ligne téléphonique 7j/7, 24h/24)

Base juridique : déclaration au registre des traitements de l'établissement CH Tourcoing.

Conservation des données : Les données obtenues dans le cadre de ces recherches seront conservées jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de la recherche, ou en cas d'absence de publication, jusqu'à signature du rapport final de la recherche. Elles seront ensuite archivées sur support papier ou informatique durant 15 ans ou pendant une plus longue période si des dispositions légales l'exigent. Les données ne seront pas transférées en dehors de l'Union Européenne.

En participant à ce questionnaire, vous reconnaissez avoir eu connaissance du caractère facultatif de ce questionnaire, être libre de participer à ce questionnaire, et avoir eu connaissance de la possibilité de rétractation à tout moment de l'étude.

N° du questionnaire :

Pour bien remplir cette fiche, vous êtes invité(e) à répondre au questionnaire de façon instinctive, honnête, sans réfléchir à la réponse à donner. Il n'y a ni bonne, ni mauvaise réponse, seul votre sentiment compte.

Pour chaque proposition, choisissez celle qui correspond le plus à votre état d'esprit :

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
1. Durant votre travail, devez-vous avoir l'œil sur beaucoup de choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Travaillez-vous à une cadence élevée tout au long de la journée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au travail, êtes-vous informé(e) suffisamment à l'avance au sujet de décisions importantes, de changements ou de projets à venir ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Votre travail vous place-t-il dans des situations déstabilisantes sur le plan émotionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Prenez-vous du retard dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au travail, êtes-vous soumis(e) à des demandes contradictoires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Disposez-vous d'un temps suffisant pour accomplir vos tâches professionnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de vos collègues ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Votre travail exige-t-il que vous vous souveniez de beaucoup de choses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vos collègues se montrent-ils à l'écoute de vos problèmes professionnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Recevez-vous toutes les informations dont vous avez besoin pour bien faire votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Votre travail est-il éprouvant sur le plan émotionnel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Est-il nécessaire de maintenir un rythme soutenu au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Devez-vous faire des choses qui auraient dû être faites autrement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
15. Y a-t-il une bonne coopération entre les collègues au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
16. Avez-vous une grande marge de manœuvre dans votre travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Votre travail a-t-il du sens pour vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Votre travail nécessite-t-il que vous preniez des initiatives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Pouvez-vous intervenir sur la quantité de travail qui vous est attribuée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Votre travail a-t-il des objectifs clairs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Etes-vous inquiet(ète) à l'idée de perdre votre emploi ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Votre travail est-il reconnu et apprécié par le management ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Avez-vous le sentiment que le travail que vous faites est important ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Recommanderiez-vous à un ami proche de postuler sur un emploi dans votre hôpital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Etes-vous traité(e) équitablement au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Savez-vous précisément ce que l'on attend de vous au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Votre travail vous donne-t-il la possibilité d'apprendre des choses nouvelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Craignez-vous d'être muté(e) à un autre poste de travail contre votre volonté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Avez-vous le sentiment que votre entreprise est d'une grande importance pour vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Très satisfait	Satisfait	Pas satisfait	Pas satisfait du tout	
30. A quel point êtes-vous satisfait(e) de votre travail dans son ensemble ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
31. Dans l'ensemble, le management fait-il confiance aux salariés quant à leur capacité à bien faire leur travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Dans une très grande mesure	Dans une grande mesure	Plus ou moins	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
32. Pouvez-vous faire confiance aux informations venant de la ligne managériale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Les conflits sont-ils résolus de manière équitable ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Dans l'ensemble, les salariés se font-ils confiance entre eux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Le travail est-il réparti équitablement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Votre supérieur hiérarchique accorde-t-il(elle) une priorité à la satisfaction au travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Votre supérieur(e) hiérarchique est-il(elle) compétent(e) dans la planification du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
38. Votre supérieur(e) hiérarchique est-il(elle) disposé(e) à vous écouter au sujet de vos problèmes professionnels ?	<input type="checkbox"/>				
39. Recevez-vous de l'aide et du soutien de la part de votre supérieur(e) hiérarchique ?	<input type="checkbox"/>				

	Oui tout à fait	Oui, jusqu'à un certain point	Oui, mais juste un peu	Non, Pas du tout
40. Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement d'énergie que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Avez-vous le sentiment que votre travail vous prend tellement de temps que cela a un impact négatif sur votre vie privée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ces 4 questions portent sur votre état au cours des 4 dernières semaines.

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais
42. A quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) à bout de force ?	<input type="checkbox"/>				
43. A quelle fréquence avez-vous été émotionnellement épuisé(e) ?	<input type="checkbox"/>				
44. A quelle fréquence avez-vous été irritable ?	<input type="checkbox"/>				

	Toujours (plusieurs fois par jour)	Souvent (plusieurs fois par semaine)	Parfois (1 ou 2 fois par mois)	Rarement (1 ou 2 fois par an)	Jamais (en aucun cas)	Non concerné
90. Il m'arrive de préférer poser abusivement des protections contre l'incontinence plutôt que d'accompagner le patient aux WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Il m'arrive d'avoir des gestes d'énerverment envers un patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
92. Il m'arrive de ne pas recoucher un patient quand il le demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Il m'arrive de ne pas faire appel à un autre membre de l'équipe quand je suis en difficulté avec un patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. Il m'arrive en cas de problèmes personnels de les répercuter sur les patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. Il m'arrive de ne pas vouloir travailler en équipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Il m'arrive de ne pas me sentir intégré dans une équipe et que cela nuise à mon travail auprès des patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Il m'arrive de ne pas éprouver le besoin de compléter mes connaissances en suivant des formations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Il m'arrive de ne plus porter d'intérêt à mon travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Il m'arrive de laisser un patient entièrement nu le temps de sa toilette au lit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour chaque proposition, choisissez celle avec laquelle vous vous sentez le plus en accord :

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
100. Beaucoup de personnes âgées sont avares et amassent leur argent et leurs biens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Beaucoup de personnes âgées ne font que vivre dans le passé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les 7 questions suivantes portent sur une évaluation de la peur liée au coronavirus ou covid-19

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'accord, ni en désaccord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
139. J'ai peur du covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Je ne me sens pas bien quand je pense au covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. J'ai les mains qui deviennent moites quand je pense au covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142. J'ai peur de mourir à cause du covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. Quand je regarde les actualités sur le covid-19 dans les médias, je deviens nerveux/se ou anxieux/se	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. Je dors mal parce que j'ai peur d'attraper le covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. Mon cœur bat plus vite ou plus fort quand je pense que je pourrais attraper le covid-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

146. Pour chaque question, choisissez celle qui vous semble correcte :

1. En 2005, le nombre de personnes touchées par la maladie d'Alzheimer en France est estimé à environ :

- A. 600 000 à 700 000
- B. 900 000 à 1 million
- C. 300 000 à 400 000
- D. 1,2 à 1,3 millions
- E. je ne sais pas

2. On estime que, de 65 ans à 80 ans, le pourcentage de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :

- A. reste à 1,5%
- B. passe de 30% à 1,5%
- C. passe de 1,5% à 30%
- D. passe de 1,5% à 50%
- E. je ne sais pas

3. La cause de la maladie d'Alzheimer est :

- A. le vieillissement
- B. le durcissement des artères
- C. les traumatismes cérébraux
- D. inconnue
- E. je ne sais pas

4. Les recherches préliminaires concernant le rôle de l'hérédité dans la maladie d'Alzheimer suggèrent que :

- A. les personnes qui ont un parent proche atteint de la maladie d'Alzheimer ont un risque plus élevé de développer la maladie
- B. la maladie d'Alzheimer est toujours transmise génétiquement
- C. la maladie d'Alzheimer est héréditaire seulement si les deux parents sont porteurs de la maladie
- D. la maladie d'Alzheimer n'est pas héréditaire
- E. je ne sais pas

5. Certains symptômes de la maladie d'Alzheimer peuvent parfois être confondus avec les symptômes de :

- A. la dépression
- B. la confusion mentale
- C. les accidents vasculaires cérébraux
- D. les trois propositions précédentes
- E. je ne sais pas

6. Une personne suspectée d'être atteinte de la maladie d'Alzheimer doit être évaluée aussi tôt que possible parce que :

- A. un traitement précoce peut ralentir l'évolution des symptômes de la maladie d'Alzheimer
- B. un traitement précoce peut guérir la maladie d'Alzheimer
- C. un traitement précoce peut arrêter l'évolution de la maladie d'Alzheimer
- D. il est préférable d'institutionnaliser un patient atteint de la maladie d'Alzheimer au début de la maladie
- E. je ne sais pas

7. Lequel de ces examens est indispensable pour confirmer le diagnostic de maladie d'Alzheimer :

- A. une évaluation de l'état mental
- B. une autopsie du cerveau
- C. un scanner cérébral
- D. un examen sanguin
- E. je ne sais pas

8. Lequel de ces éléments est toujours présent dans la maladie d'Alzheimer :

- A. perte de mémoire
- B. perte de mémoire et incontinence
- C. perte de mémoire, incontinence et hallucinations
- D. aucun des éléments précédents
- E. je ne sais pas

9. Bien que la progression de la maladie d'Alzheimer soit assez variable d'un individu à un autre, l'espérance moyenne de vie au début de la maladie est de :

- A. moins de 1 an
- B. 2 à 3 ans
- C. 8 à 15 ans
- D. plus de 20 ans
- E. je ne sais pas

10. Aujourd'hui, les traitements médicamenteux spécifiques de 1er choix pour la maladie d'Alzheimer sont :

- A. les antidépresseurs
- B. les neuroleptiques
- C. les anxiolytiques
- D. les anticholinestérasiques
- E. je ne sais pas

11. Quelle proposition peut correspondre à une réaction possible d'une personne atteinte par la maladie d'Alzheimer :

- A. perte de la conscience de ses symptômes
- B. dépression
- C. apathie (= baisse d'intérêt et de motivation)
- D. toutes les propositions précédentes
- E. je ne sais pas

12. Quelle affirmation suivante est vraie concernant le traitement de la dépression chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer :

- A. les traitements anti-dépresseurs sont généralement inefficaces car les sentiments de tristesse et d'incompétence font partie du processus de la maladie
- B. certains traitements anti-dépresseurs peuvent être efficaces pour réduire les symptômes dépressifs
- C. les traitements anti-dépresseurs sont toujours dangereux pour les patients
- D. les traitements anti-dépresseurs appropriés peuvent soulager les symptômes dépressifs et prévenir le déclin intellectuel
- E. je ne sais pas

13. Quel est le rôle de l'alimentation dans la maladie d'Alzheimer :

- A. une alimentation adaptée peut prévenir la maladie d'Alzheimer
- B. une alimentation adaptée peut guérir les symptômes de la maladie d'Alzheimer
- C. une mauvaise alimentation peut aggraver les symptômes de la maladie d'Alzheimer
- D. l'alimentation ne joue aucun rôle dans la maladie d'Alzheimer
- E. je ne sais pas

14. Pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, écrire des « pense-bêtes » est une technique :

- A. à ne pas utiliser car la lecture et la compréhension sont trop rapidement atteintes
- B. utile pour les patients modérément atteints
- C. qui aggrave le déclin de la mémoire
- D. qui permet une amélioration permanente de la mémoire
- E. je ne sais pas

15. Quand les patients atteints de maladie d'Alzheimer commencent à avoir des difficultés concernant les soins personnels, les professionnels recommandent en général aux proches :

- A. de laisser le patient réaliser seul ces activités sans tenir compte du résultat
- B. d'assister le patient dans ces activités en veillant à ce qu'il reste le plus autonome possible
- C. de réaliser « à sa place » ces activités pour éviter un accident
- D. de planifier une entrée en institution de soins
- E. je ne sais pas

16. Quels moyens favorisent une meilleure communication avec les patients atteints de maladie d'Alzheimer :

- A. leur parler en les regardant droit dans les yeux
- B. utiliser des mots simples et précis
- C. leur laisser suffisamment de temps pour répondre
- D. toutes les propositions précédentes
- E. je ne sais pas

17. Face aux difficultés des patients atteints de maladie d'Alzheimer à prendre des décisions et à gérer leurs biens, le régime de protection juridique le plus complet est :

- A. la sauvegarde de justice
- B. l'institutionnalisation
- C. la curatelle
- D. la tutelle
- E. je ne sais pas

18. Quelles dépenses la sécurité sociale prendra-t-elle en charge pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer :

- A. l'évaluation médicale de l'état du patient
- B. les traitements médicamenteux
- C. les soins paramédicaux à domicile
- D. toutes les dépenses précédentes
- E. je ne sais pas

19. La principale fonction du Centre Local d'Information et de Coordination Gérontologique (CLIC) est de :

- A. mener des recherches sur le vieillissement
- B. aider au maintien à domicile des patients âgés
- C. donner des conseils médicaux
- D. proposer des groupes de soutien pour les personnes âgées
- E. je ne sais pas

20. Quel est le rôle de l'association France-Alzheimer :

- A. de mener des recherches
- B. de fournir des conseils médicaux
- C. le soutien et la formation des familles
- D. de proposer un accueil de jour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer
- E. je ne sais pas

INFORMATIONS GENERALES

147. Age :	18- 25 ans <input type="checkbox"/>	26-40 ans <input type="checkbox"/>	41-55 ans <input type="checkbox"/>	≥ 56 ans <input type="checkbox"/>		
148. Ancienneté dans la profession :	< 1 an <input type="checkbox"/>	1-5 ans <input type="checkbox"/>	6-10 ans <input type="checkbox"/>	11-20 ans <input type="checkbox"/>	21-30 ans <input type="checkbox"/>	≥ 31 ans <input type="checkbox"/>
149. Quotité travaillée :	Temps partiel <input type="checkbox"/>	Temps plein <input type="checkbox"/>				
150. Catégorie professionnelle :	<input type="checkbox"/> AS <input type="checkbox"/> AMP <input type="checkbox"/> IDE	<input type="checkbox"/> MEDECIN <input type="checkbox"/> ASH <input type="checkbox"/> HOTELIER <input type="checkbox"/> OUVRIER	<input type="checkbox"/> PODOLOGUE ORTHOPHONISTE ERGOTHERAPEUTHE APA PSYCHOMOTRICIEN KINESITHERAPEUTE DIETETICIEN ARTERAPEUTE	<input type="checkbox"/> CADRE DE SANTE INFIRMIER COORDINATEUR	<input type="checkbox"/> ASSISTANTE SOCIALE HOTESSE D'ACCUEIL SECRETAIRE REFERENT ADMINISTRATIF	

151. Sur les 6 derniers mois, êtes-vous ou avez-vous été au moins une fois en arrêt de travail, quelle qu'en soit la raison ?

Oui Non

152. Suivez-vous actuellement un traitement médicamenteux à visée (cochez la case concernée) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cardio-vasculaire | <input type="checkbox"/> Gastroentérologique ou endocrinologique |
| <input type="checkbox"/> Respiratoire | <input type="checkbox"/> Dermatologique |
| <input type="checkbox"/> Neurologique | <input type="checkbox"/> Antalgique |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologique | <input type="checkbox"/> Psychotrope ou anxiolytique |

Un très grand merci d'avoir pris le temps de participer à cette étude

AUTEUR : Nom : OLIVIER

Prénom : Camille

Date de soutenance : 17 juin 2021

Titre de la thèse : Influence de l'épuisement professionnel sur la qualité des soins et l'âgisme perçus par les soignants

Thèse - Médecine – Lille 2021

Cadre de classement : Thèse de docteur en médecine

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : Syndrome d'épuisement professionnel, qualité des soins perçue, âgisme, gérontologie

Résumé :

CONTEXTE : La pandémie à covid-19 a révélé les difficultés rencontrées par le personnel soignant accompagnant des personnes âgées à l'hôpital et en résidence, comme le syndrome d'épuisement professionnel (SEP). Rares sont les études analysant le lien entre le SEP, la pratique des soins et l'âgisme en gériatrie.

OBJECTIFS : L'objectif principal de l'étude était de déterminer si le SEP influence la qualité des soins perçue par les soignants travaillant en gérontologie. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'exposition au SEP du personnel de gérontologie et l'influence du SEP sur l'âgisme.

METHODE : L'étude était observationnelle, prospective, mono centrique. Le recueil de données était effectué pendant 2 mois au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier de Tourcoing. Un questionnaire anonyme était remis au personnel, comprenant des échelles d'évaluation du SEP (MBI), de la qualité des soins perçus (échelle HAS) et de l'âgisme (FSA-14).

RESULTATS : 10.7% de la population rapportait un niveau sévère d'épuisement professionnel. L'étude a montré un lien significatif entre le SEP et la qualité des soins perçue ($r = - 0.534$ ($p < 0.001$) ; $r = - 0.472$ ($p < 0.001$) ; $r = 0.353$ ($p < 0.001$)). Il existait un lien significatif entre le SEP et l'âgisme ($r = 0.241$ ($p = 0.006$) ; $r = 0.216$ ($p = 0.013$) ; $r = - 0.171$ ($p = 0.051$)).

CONCLUSION : Le SEP engendre une moindre qualité des soins perçue et une plus grande tendance à l'âgisme. La littérature a montré que des mesures préventives existaient, elles doivent être mises en place.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur François PUISIEUX

Assesseurs : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS, Monsieur le Professeur Denis DELEPLANQUE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Karim GALLOUJ