



HAL
open science

Professional exhaustion among caregivers in nursing homes raises the perception of residents' aggressiveness and poor quality of caregiver-resident relationship

Sophie Arnaudeau, Émilie Berdoulat, Caroline Poulet

► To cite this version:

Sophie Arnaudeau, Émilie Berdoulat, Caroline Poulet. Professional exhaustion among caregivers in nursing homes raises the perception of residents' aggressiveness and poor quality of caregiver-resident relationship. *Gériatrie et psychologie & neuropsychiatrie du vieillissement*, 2021, *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 19 (1), pp.93-101. 10.1684/pnv.2021.0910 . hal-03820463

HAL Id: hal-03820463

<https://hal.univ-lille.fr/hal-03820463>

Submitted on 8 Nov 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

L'épuisement professionnel chez les soignants en EHPAD : quels liens entre perception de l'agressivité des résidents et qualité de la relation soignants-résidents.

Professional exhaustion among caregivers in nursing homes : what links between the perception of the residents' aggressiveness and the quality of the caregiver-resident relationship.

Arnaudeau Sophie Université Grenoble Alpes 621 Avenue Centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères 04 76 82 58 95 arnaudeau.sophie@gmail.com

Berdoulat Emilie Université Grenoble Alpes 621 Avenue Centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères 04 76 82 58 95 emilie.berdoulat@univ-grenoble-alpes.fr

Poulet Caroline Université Grenoble Alpes 621 Avenue Centrale, 38400 Saint-Martin-d'Hères 04 76 82 78 12 caroline.Poulet@univ-grenoble-alpes.fr

Résumé

L'objectif de cette étude est d'examiner si la présence d'épuisement professionnel chez les soignants travaillant en EHPAD entraîne une perception accrue de l'agressivité des résidents et une faible satisfaction dans la relation partagée entre le soignant et le résident. Les données ont été collectées dans un échantillon de 52 infirmiers et aides-soignants travaillant en EHPAD. Ainsi, nous avons comparé la perception de l'agressivité et la satisfaction relationnelle éprouvée par 26 soignants présentant de l'épuisement professionnel par rapport à 26 soignants n'en présentant pas.

Le questionnaire comportait le *Maslach Burnout Inventory*, l'*Echelle d'Aggressivité Manifeste de Yudofsky* et l'*Echelle de satisfaction du soignant de Wilguski*.

Les résultats montrent que les soignants présentant de l'épuisement professionnel ont une perception plus accrue de l'agressivité des résidents. Cette perception de l'agressivité engendre une insatisfaction dans la relation partagée avec le résident. L'épuisement professionnel est donc associé à une perception plus élevée de l'agressivité et à une insatisfaction relationnelle avec le résident.

Mots clés : Sujet âgé; Soignants; Epuisement professionnel; Agressivité; Relation soignante

Abstract

The purpose of this study was to examine whether the presence of professional exhaustion among caregivers working in retirement homes leads to an increased perception of resident aggression and low satisfaction in the relationship between the caregiver and the resident. The data were collected from a sample of 52 nurses and caregivers working in retirement homes. We compared the perception of aggressiveness and relational satisfaction experienced by 26 caregivers with a professional exhaustion condition compared to 26 caregivers who did not have this condition.

The questionnaire included the *Maslach Burnout Inventory*, *Yudofsky's Manifest Aggression Scale*, and *Wilguski's Caregiver Satisfaction Scale*.

The results show that caregivers with professional exhaustion have a much greater perception of resident aggression. This perception of aggression engenders relational dissatisfaction with the resident. Professional exhaustion is therefore associated with higher perception of aggression and relational dissatisfaction.

Key words: Elderly; Nurses; Professional exhaustion; Aggressiveness; Caregiving relationship

Les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) présentent une certaine forme de violence institutionnelle [1] et depuis peu les médias dénoncent autant la qualité de travail des soignants que la qualité de vie des résidents [2]. L'écart entre les besoins qui augmentent et les budgets qui diminuent accroît la pénibilité du travail des équipes [3]. Les soignants sont alors particulièrement affectés par l'épuisement professionnel et une prévalence pouvant aller jusqu'à 50% est relevée, contre 5 à 20 % dans la population générale [4]. De plus, les comportements agressifs provenant des résidents sont prégnants en EHPAD. Ces derniers ont la caractéristique d'être présents en raison de nombreux facteurs : environnementaux [5], psychologiques [6] ou simplement un moyen d'expression [7]. Ils peuvent également s'exprimer chez les personnes âgées atteintes de démence (qui sont extrêmement prévalentes à cet âge [8]). En effet, l'agressivité correspond à un symptôme psychologique et comportemental de la démence (SPCD) [5, 9]. Malheureusement, les soignants sont peu formés à la prise en charge de l'agressivité [10], celle-ci entraîne une certaine angoisse chez ces professionnels et peut altérer la relation entre le soignant et le résident [11]. D'autant plus que lors d'un épuisement professionnel, la perception peut être altérée et l'individu peut manifester de la paranoïa et de la suspicion [12].

L'épuisement professionnel des soignants en EHPAD

L'épuisement professionnel se définit comme « un état d'esprit durable, négatif et lié au travail ». Il serait une stratégie de réponse à un stress professionnel chronique, se révélant mal adaptée, voire contre-productive [4]. Le modèle théorique le plus reconnu aujourd'hui est celui de Maslach et Leiter (1997), selon lequel l'épuisement professionnel est un syndrome à trois dimensions. L'épuisement émotionnel est la dimension la plus centrale, il résulte d'un stress émotionnel chronique dont les signes peuvent être très divers (apathie ou, au contraire, hyperactivité professionnelle). La surcharge émotionnelle vide l'individu de ses ressources et conduit à un épuisement à la fois physique et psychique qui aboutira lui-même à une forme de

dépersonnalisation. Maslach et Leiter (1997) parlent de cynisme, contribuant à la déshumanisation de la relation avec les tiers (collègues, résidents, etc.). L'individu adopte peu à peu une attitude négative, détachée, vis-à-vis du travail comme de ses émotions et des personnes qui l'entourent. Une perte du sentiment d'accomplissement personnel émerge alors. L'individu se perçoit comme inefficace, inutile et mauvais [13]. La perception est donc altérée et l'individu manifeste notamment de la paranoïa et de la suspicion [12].

Différents types de facteurs peuvent conduire les soignants en EHPAD à l'épuisement professionnel :

- Les conditions de travail : ces lieux présentent un nombre insuffisant de personnel et un haut niveau de turnover [14]. Les soignants sont soumis à un stress considérable, devant faire toujours plus vite [15].

- Les contraintes de temps et de prestations obligatoires (repas, toilettes, soins...) : celles-ci limitent les relations privilégiées avec les résidents dans le temps imparti [16], une dimension qui est pourtant essentielle pour les personnes âgées [17, 18, 19].

- Le vécu émotionnel des soignants : celui-ci peut être affecté par la culpabilité, car ils doivent accepter l'écart entre l'idéal thérapeutique et la pratique de terrain [20]. De plus, prendre soin représente beaucoup d'énergie et une sollicitation constante des compétences émotionnelles [13], d'autant plus qu'il existe un paradoxe dans la demande qui est faite aux soignants, s'occuper des personnes âgées tout en les considérant comme définitivement incurables. Cela peut créer un sentiment de cause perdue d'avance [20, 21].

En raison de ces facteurs (conditions de travail, gestion du temps, vécu émotionnel complexe), le mal-être des soignants est réel. Ils sont particulièrement vulnérables à l'épuisement professionnel, qui peut entraîner une modification radicale du comportement de l'individu et pose un problème dans la relation de soin, en affectant le bien-être du soignant et du soigné

[22]. L'épuisement professionnel s'accompagne d'un risque suicidaire important : en France, 40 % des tentatives de suicides chez les soignants sont attribuables entre autres au travail et 20 % exclusivement à celui-ci [23].

Au vu des conséquences d'un tel syndrome, tant sur le plan institutionnel qu'individuel, l'épuisement professionnel pourrait jouer un rôle dans la perception des comportements agressifs provenant des résidents. La perception de ces comportements se base sur de véritables comportements agressifs, particulièrement fréquents au sein d'un EHPAD. Il est ainsi primordial pour cette étude d'en saisir leurs origines.

Facteurs et prévalence du comportement agressif des résidents en EHPAD

Les comportements agressifs sont définis comme toute menace envers une personne, l'environnement, ou soi-même [24] qui cause des dommages pour soi, autrui ou à la propriété d'autrui [25]. En EHPAD, ces comportements peuvent être liés à des facteurs neurobiologiques. Les résidents présentant des démences ne parviendraient pas à inhiber leurs comportements agressifs dans 30 à 50% des cas [26]. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD) sont présents chez plus de 80% des individus présentant une altération cognitive [27, 28] et parmi ces symptômes, l'agressivité est présente dans 48 à 82% des cas [5]. Les affections psychotiques comme les hallucinations [29, 30, 31], les activités délirantes ou encore les troubles de l'humeur comme la dépression peuvent également s'exprimer par des comportements agressifs [32].

Les facteurs environnementaux peuvent eux-aussi être à l'origine de ces comportements, comme l'ambiance sonore, la température, la restriction de l'espace ou encore l'éclairage [33, 9]. De même, les patients étant immobilisés ou soumis à de multiples mouvements peuvent développer des comportements agressifs [11].

L'agressivité est également une forme d'interaction sociale [34, 35]. L'entrée en institution est souvent perçue par l'individu comme un bouleversement [36], qui s'accompagne d'une confrontation à la vieillesse, à la mort [37] et il existe un sentiment d'infériorité et de soumission qui accompagne la relation d'aide et de dépendance [38]. L'agressivité peut être le reflet d'une souffrance intolérable et les actes violents serviraient à inclure l'autre dans sa propre souffrance [6]. La personne âgée, à travers l'agressivité, peut répéter son message car il n'est pas compris et qu'elle n'a pas reçu les informations appropriées en réponse ou qu'elle n'a pas d'autres moyens d'expressions dans son répertoire comportemental [7, 9].

Les gestes agressifs sont donc très fréquents au sein d'un EHPAD et sont éprouvants pour les soignants [39]. Ces derniers déclarent être systématiquement stressés au travail par les résidents qui frappent, sont verbalement agressifs et crient [40]. Des émotions et sentiments comme la colère, la peur, la honte, l'anxiété, la démotivation ou la culpabilité peuvent apparaître [39, 41]. Cela peut entraîner un désir de quitter l'établissement, de l'absentéisme, de l'épuisement professionnel [23] et une diminution de la qualité des soins apportés aux résidents [42]. De plus, le comportement agressif des résidents est le principal facteur d'une relation de mauvaise qualité entre le soignant et le soigné [32], pouvant mettre à mal la satisfaction relationnelle éprouvée par le soignant.

Satisfaction professionnelle et relationnelle des soignants

Les soignants de ces établissements montrent de l'insatisfaction en raison des facteurs organisationnels : l'insuffisance du travail d'équipe, l'exposition à la violence, la pénibilité physique du travail, la rupture de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et l'épuisement émotionnel sont particulièrement relevés. Beaucoup d'infirmiers se plaignent notamment du manque de soutien psychologique face à la charge émotionnelle, aux questions éthiques et à la violence [43].

L'insatisfaction des soignants en raison des facteurs organisationnels de l'EHPAD est élevée [43], cependant le degré de satisfaction des soignants dans la relation qu'ils entretiennent avec les résidents est méconnu. Une relation se définit comme « l'ensemble des rapports et des liens existants entre personnes qui se rencontrent, se fréquentent et communiquent entre elles » [44]. Dans la profession d'infirmier ou d'aide-soignant au sein d'un EHPAD, elle est une dimension primordiale et est considérée comme un soin à part entière, mais les protocoles ne prévoient aucun temps pour la mettre en place [45].

Certains professionnels n'ont pas fait le choix de travailler au sein de cette institution. Cette problématique a une incidence sur l'intérêt que les soignants peuvent porter aux personnes âgées, ils ne font pas preuve de la même empathie par rapport à ceux qui ont choisi de travailler dans ces services [15]. Les soignants peuvent également chercher à se protéger de l'empathie qu'ils pourraient ressentir envers les résidents par la distanciation [46]. Cela permet au soignant d'éviter de trop souffrir, mais laisse le résident seul face à la souffrance qu'il éprouve [47]. L'augmentation des réactions de rejet et d'intolérance entre le sujet âgé et les soignants en institution conduisent à une escalade des souffrances. L'alliance thérapeutique s'altère et les relations entre le résident et les soignants se disqualifient et peuvent devenir inadaptées ou maltraitantes [48].

L'objectif de cette étude est d'examiner dans quelle mesure l'épuisement professionnel des soignants peut conduire à une perception plus élevée des comportements agressifs des résidents et que cette perception puisse conduire à une insatisfaction du soignant dans la relation qu'il entretient avec le résident. L'épuisement professionnel peut s'exprimer par des comportements relevant notamment de la paranoïa ou de la suspicion [12], la perception pourrait donc être altérée. Nous faisons l'hypothèse que l'épuisement professionnel des soignants est positivement corrélé à la perception de l'agressivité des résidents et que celle-ci est négativement corrélée à la satisfaction relationnelle du soignant. D'autre part, nous faisons l'hypothèse qu'il existe une

différence significative entre le groupe présentant de l'épuisement professionnel (lorsqu'une dimension atteint le score seuil) et le groupe n'en présentant pas (aucune dimension atteinte) quant à la perception de l'agressivité. La présence d'épuisement professionnel serait ainsi un prédicteur significatif d'une perception élevée de l'agressivité et celle-ci prédirait une faible satisfaction relationnelle. Afin d'apporter des pistes de réponses et de réflexion quant à l'amélioration de la relation entre les soignants et les résidents, nous avons interrogé les soignants au sein d'une question ouverte.

A la vue de l'ampleur que prend l'épuisement professionnel, une meilleure compréhension de ce trouble nous paraît essentielle afin de développer des interventions préventives et thérapeutiques efficaces. De surcroît, une insatisfaction dans la relation entre le soignant et le résident pourrait s'exprimer par de la maltraitance, comme cela est de plus en plus médiatisé [49]. Cette problématique paraît cruciale à traiter d'autant plus que la population ne cesse de vieillir [50] et que les individus deviennent de plus en plus dépendants [2], accroissant le besoin d'institutionnalisation.

Méthode

Participants

Cinquante-deux soignants ont accepté de participer à l'étude, après avoir remplis un formulaire de consentement. Les participants possédaient un diplôme d'infirmier ou d'aide-soignant et exerçaient en EHPAD. L'échantillon était composé à très large majorité de femmes (84,6 % contre 15,4% d'hommes, voir tableau 1) et l'âge moyen était de 34,8 ans (écart-type de 9,229). En ce qui concerne le nombre d'années d'expérience professionnelle, il s'est avéré que 67,3 % exerçaient leur métier depuis moins de 10 ans, 75% exerçaient en tant qu'aide-soignant et 25% en tant qu'infirmier.

Tableau 1 : *Caractéristiques des participants de cette étude*

Table 1 : *Characteristics of participants in this study*

	Fréquence	Pourcentage
Sexe		
Femme	44	84,6
Homme	8	15,4
Profession		
Aide-soignant	39	75
Infirmier	13	25
Années d'exercice		
Moins de 5 ans	19	36,5
Entre 5 et 10 ans	16	30,8
Entre 10 et 15 ans	12	23,1
Entre 15 et 20 ans	3	5,8
Plus de 20 ans	2	3,8
Lieux		
France entière (réseaux sociaux)	12	23,1
EHPAD 38	31	59,6
EHPAD 85	9	17,3
Total	52	100,0

Procédure

La population qui a répondu aux questionnaires dans un format papier se compose de soignants de deux EHPAD différentes situées en Isère (50% de l'échantillon). Le questionnaire a également été transmis en format numérique aux soignants de quatre EHPAD différentes : deux EHPAD situés en Vendée (17,3%) et deux autres EHPAD situés en Isère (9,6%). Vu le faible taux d'acceptation, le questionnaire a également été publié sur les réseaux sociaux, permettant d'accéder à une population plus large (venant de toute la France) (23,1% de l'échantillon). A partir de ces participants, deux groupes ont été établis : les soignants présentant de l'épuisement professionnel et ceux qui n'en présentaient pas. Sept participants présentant de l'épuisement professionnel ont été aléatoirement supprimés, afin de créer deux groupes équilibrés et trois personnes ont été exclues de l'analyse en raison de données manquantes dans leurs questionnaires.

Matériel

L'épuisement professionnel

Le niveau d'épuisement professionnel a été évalué grâce à la version validée en français [51] du Maslach Burnout Inventory [52]. Cette échelle mesure les trois dimensions de l'épuisement professionnel : l'épuisement émotionnel (9 items, $\alpha=0,90$), la dépersonnalisation (5 items, $\alpha=0,79$) et l'accomplissement personnel (8 items, $\alpha=0,71$). Pour chaque item, la personne doit répondre soit : « Jamais », « Presque jamais », « Rarement », « Occasionnellement », « Fréquemment », ou « Presque toujours ». Un score élevé dans la dimension « Epuisement personnel », « Dépersonnalisation » ou un score bas dans « Accomplissement personnel » suffit pour parler d'épuisement professionnel. Des niveaux de gravités sont distingués en fonction du nombre de dimensions atteintes. Le degré d'épuisement professionnel est dit faible lorsqu'une seule dimension est atteinte, moyen lorsqu'il y a une atteinte de 2 dimensions et sévère lorsque les 3 dimensions sont atteintes [51].

L'agressivité perçue

La perception de l'agressivité des résidents a été évaluée grâce à l'échelle d'agressivité manifeste de Yudofsky [53] traduite en langue française par Verlaeten et ses collaborateurs (1989) [54]. Elle comprend cinq dimensions : l'agressivité verbale (4 items), l'agressivité physique envers les objets (4 items), l'agressivité physique envers soi-même (4 items), l'agressivité physique envers autrui (4 items) et l'intervention réalisée par le soignant en réponse aux manifestations agressives (11 items). La fidélité de l'échelle a été vérifiée, de même que sa finesse de détection. L'alpha de Cronbach est satisfaisant ($\alpha=0,704$). Cette échelle est remplie par un aide-soignant ou un infirmier qui a comme consigne de penser au résident de son choix afin de répondre aux items. Au sein de chacune des dimensions le soignant doit cocher si le résident accompli certains de ces actes [53].

La satisfaction de la relation

La satisfaction du soignant à l'égard de la relation partagée avec le résident a été mesurée à l'aide du questionnaire de satisfaction du soignant de Wilguski [55]. Il présente une cohérence interne satisfaisante ($\alpha=0,801$). Le soignant a comme consigne de remplir ce questionnaire en pensant au même résident qu'il a choisi pour l'échelle évaluant la perception de l'agressivité. Ce questionnaire présente 6 items : la satisfaction générale vis-à-vis de la relation avec le résident choisi, le ressenti du soignant lorsqu'il doit s'occuper du résident (tableau avec 16 choix possibles : « avec crainte », « avec plaisir », « par obligation », etc.), la satisfaction concernant les soins apportées, la satisfaction sur la dimension humaine des soins, la satisfaction sur l'organisation du travail et une question libre concernant les moyens auxquels pense le soignant afin de rendre la relation plus satisfaisante. Pour chaque item, hormis la question libre, le soignant répond sur une échelle en 5 points : « Très satisfaisante », « Satisfaisante », « Ni satisfaisante ni insatisfaisante », « Pas satisfaisante » ou « Pas du tout satisfaisante ».

Résultats

Analyses statistiques

Des analyses de corrélations de Pearson ont d'abord été conduites afin d'examiner les relations entre l'épuisement professionnel, la perception de l'agressivité et la satisfaction relationnelle. Un Test de Student pour groupes indépendants a ensuite été réalisé afin de comparer la moyenne des deux groupes (ceux présentant de l'épuisement professionnel et ceux n'en présentant pas) quant à la perception de l'agressivité. Des analyses de régression linéaire ont été conduites afin de déterminer si la présence d'épuisement professionnel prédit la perception de l'agressivité et si celle-ci prédit la satisfaction relationnelle. Les analyses quantitatives ont été réalisées à l'aide du logiciel JASP version 0.11.1 avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$ et le logiciel QDA Miner version 4.1 a permis la réalisation d'une analyse qualitative concernant les réponses des soignants quant aux moyens permettant l'amélioration de la relation entretenue avec les résidents.

Corrélations de Pearson

Les analyses de corrélations de Pearson révèlent tout d'abord une corrélation positive significative entre l'épuisement professionnel et la perception de l'agressivité ($r=,38$, $p = < 0,01$). Également, nous pouvons voir que la perception de l'agressivité est corrélée négativement avec la satisfaction relationnelle ($r=-,32$, $p=0,022$) (voir tableau 2).

Tableau 2 : Coefficient de corrélation entre le score d'épuisement professionnel et le score d'agressivité perçue et coefficient de corrélation entre le score d'agressivité perçue et le score de satisfaction relationnelle

Table 2 : Correlation coefficient between the professional exhaustion score and the perceived aggressiveness score and correlation coefficient between the perceived aggressiveness score and the relationship satisfaction score

		Score d'agressivité perçue
Score d'épuisement professionnel	Pearson's r	0,384**
	p-value	0,005
		Score d'agressivité perçue
Score de satisfaction relationnelle	Pearson's r	-0,317*
	p-value	0,022

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

Test de Student pour groupes indépendants

Le test de Student entre le groupe présentant de l'épuisement professionnel et le groupe n'en présentant pas révèle une différence significative ($t_{50} = 3,192$, $p = 0,002$) (voir tableau 3). Les personnes présentant de l'épuisement professionnel ont un score beaucoup plus élevé sur le questionnaire de la perception de l'agressivité (5,31) par rapport aux personnes qui ne présentent pas d'épuisement professionnel (2,35), (voir tableau 4).

Tableau 3 : Différence significative entre les deux groupes quant à la perception de l'agressivité

Table 3 : Significant difference between the two groups in the perception of aggression

	t	df	p	Différence de moyenne	Différence d'erreur-type
Score d'agressivité perçue	3,192	50,00	0,002	2,962	0,928

Tableau 4 : Les moyennes de perception de l'agressivité des deux groupes

Table 4 : The means of perception of the aggressiveness of the two groups

Score d'agressivité perçue	Groupes	N	Moyennes	Ecart-type	Erreur-type
	Présence d'épuisement professionnel	26	5,308	3,937	0,772
Pas d'épuisement professionnel	26	2,346	2,622	0,514	

Régressions linéaires simples

Les analyses de régressions linéaires simples montrent que 14% de la perception de l'agressivité (voir tableau 5) peut être prédit par la présence d'un épuisement professionnel ($r^2 = 0,14$, $p=0,005$) (voir tableau 6).

Tableau 5 : Résumé du modèle de régression linéaire entre la perception de l'agressivité et l'épuisement professionnel

Table 5 : Summary of the linear regression model between the perception of aggression and the of professional exhaustion

Modèle	R	R ²	R ² ajusté	RMSE
1	0,384	0,147	0,130	3,389

Tableau 6 : Résultats et significativité de la régression linéaire entre la perception de l'agressivité et l'épuisement professionnel

Table 6 : Results and significance of the linear regression between the perception of aggression and the professional exhaustion

Modèle	Somme des carrés	df	Carré moyen	F	p
1 Régression	99,20	1	99,20	8,637	0,005
Résidus	574,25	50	11,48		
Total	673,44	51			

Également, 10% de la satisfaction relationnelle peut être prédit (voir tableau 7) par la perception de l'agressivité ($r^2 = 0,10$, $p=0,022$), (voir tableau 8).

Tableau 7 : Résumé du modèle de régression linéaire entre la satisfaction relationnelle et la perception de l'agressivité

Table 7 : Summary of the linear regression model between relational satisfaction and the perception of aggression

Modèle	R	R ²	R ² ajusté	RMSE
1	0,317	0,100	0,082	10,214

Tableau 8 : Résultats et significativité de la régression linéaire entre la satisfaction relationnelle et la perception de l'agressivité

Table 8 : Results and significance of the linear regression between relational satisfaction and the perception of aggression

Modèle	Sommes des carrés	df	Carré moyen	F	p
1 Régression	582,2	1	582,2	5,580	0,022
Résidus	5216,7	50	104,3		
Total	5798,9	51			

Analyse qualitative de la question ouverte

Trente-six des 52 participants ont répondu à la question ouverte. La question était : « Quels moyens pourrait-on mettre en œuvre afin de rendre cette relation entre vous et le résident plus satisfaisante ? », située à la fin du questionnaire concernant la satisfaction relationnelle de la part du soignant à l'égard du résident. Le premier moyen qu'évoque les soignants pour permettre une meilleure relation avec les résidents est d'avoir plus de temps (28,3%). Ils sont 20,8% à souhaiter entretenir une relation avec les résidents, prendre le temps de les écouter, de faire des ateliers ou encore des promenades. En seconde position, ils évoquent le sous-effectif (17%). Plus de professionnels serait le meilleur moyen pour que les soignants puissent avoir du

temps et ainsi entretenir une relation de qualité avec les résidents. En troisième lieu vient le manque de formation (13,2%) et plus précisément par rapport aux personnes démentes. Ils évoquent un désarroi face à des troubles qu'ils ne comprennent pas toujours. Ainsi, des formations seraient essentielles afin de mieux réagir face à ces personnes. Ensuite, intervient le manque de soutien psychologique face à la hiérarchie ne prenant pas en compte leurs besoins (le manque de personnel et de temps) et face à des conflits présents entre collègues. Le manque de groupe de parole est aussi relevé. Ils évoquent le fait de ne pas prendre pour soi à 3,8% quand le résident peut agresser verbalement ou physiquement le soignant, à 3,8% également, ils souhaiteraient un lieu plus chaleureux ou adapté aux personnes âgées. Plus chaleureux afin que cela soit convivial, moins médical et qu'ils puissent réellement entretenir des relations et réaliser des animations. Adapté, par exemple pour les personnes étant en Unité Psycho-Gériatrique (UPG) qui n'ont, pas toujours l'espace nécessaire pour déambuler. Puis, la stigmatisation des soignants est relevée à 1,9% : ils n'oseraient plus prendre le temps avec les résidents par peur d'être maltraitants. À 1,9% également, ils proposent le fait de travailler en binôme, ce qui permettrait un soutien, aussi bien psychologique que physique (par exemple pour soulever des personnes avec une corpulence élevée). La figure 1 située ci-dessous illustre les 9 facteurs les plus cités par les soignants.

Discussion et conclusion

L'objectif de cette étude était d'examiner si la présence d'épuisement professionnel chez les soignants travaillant en EHPAD entraîne une perception accrue de l'agressivité des résidents et une faible satisfaction dans la relation partagée entre le soignant et le résident.

Conformément à nos hypothèses, les résultats suggèrent que plus un soignant présente de l'épuisement professionnel et plus il perçoit de l'agressivité chez les résidents. L'épuisement professionnel est un prédicteur significatif d'une perception élevée de l'agressivité et la

différence dans la perception est significative par rapport aux soignants ne présentant pas d'épuisement professionnel. La perception du soignant est altérée et cela ne se manifeste pas seulement par la présence de suspicion et de paranoïa [12]. Cela va dans le sens de différentes études concernant l'épuisement professionnel, montrant que cette pathologie induit des attitudes négatives et un manque de compassion à l'égard du résident, et que le soignant lui-même puisse devenir agressif [22]. Une agressivité ressentie pourrait alors entraîner davantage d'agressivité perçue. Il serait intéressant d'examiner ce lien au sein de futures recherches.

Les résultats suggèrent également que plus un soignant perçoit de l'agressivité et plus il est insatisfait dans la relation qu'il entretient avec le résident. La perception élevée d'agressivité est un prédicteur significatif de l'insatisfaction relationnelle. Cela confirme les propos de Enmarker, Olsen et Hellzen [32] pour qui le comportement agressif des résidents est le principal facteur d'une relation de mauvaise qualité entre le soignant et le soigné, entraînant des sentiments de colère, de peur ou encore d'anxiété chez les soignants [41]. À la suite de comportements agressifs perçus, le soignant va présenter davantage de crainte que de plaisir en s'occupant du résident, entachant la possibilité de créer une relation de qualité.

Les soignants évoquent différents facteurs qui pourraient permettre d'améliorer cette relation. Pour 28,3% d'entre eux, le principal facteur serait d'avoir plus de temps. Ce manque est principalement dû au sous-effectif [43], qu'ils évoquent pour 17% d'entre eux. Ils n'ont pas le temps de développer une relation de qualité avec les résidents, pourtant ils sont nombreux à le souhaiter (20,8%), à travers des animations, des discussions ou encore des promenades. Ils évoquent également le manque de formation (13,2%), qui pourrait permettre la perception de l'agressivité des résidents comme une conséquence de la démence [56], comme un moyen d'expression face à une détresse psychologique [57] ou encore comme dû à des facteurs environnementaux [5, 33]. L'agressivité pourrait alors avoir moins de conséquence sur la

qualité de la relation et éviterait que les soignants deviennent eux-mêmes agressifs voire maltraitants envers les résidents.

Néanmoins, certaines limites pouvant affaiblir la validité interne et externe de cette étude peuvent être recensées. L'échantillon est trop faible (52) et il serait intéressant de réaliser cette étude avec un plus large échantillon afin de savoir si les résultats sont représentatifs et généralisables à la population des soignants en EHPAD. Une partie de l'échantillon provient du questionnaire diffusé sur les réseaux sociaux (23,1%), si cette démarche comporte des inconvénients car nous n'avons pas pu contrôler leur diffusion, elle nous assure au moins partiellement, une variabilité au niveau du lieu de vie, de l'exercice professionnel et du niveau socioculturel. Cependant, il peut exister des caractéristiques spécifiques de la population dite « connectée » qui pourrait influencer les résultats recueillis ici.

Les réponses peuvent également être teintées de désirabilité sociale. Bien qu'elles soient anonymes, la souffrance au travail et l'insatisfaction relationnelle avec les résidents sont difficilement avouables. Des items rédigés de manière implicites auraient peut-être donné de meilleurs résultats, car les soignants auraient pu passer outre le sentiment de honte ou de gêne.

Au sein de l'échantillon, beaucoup de soignants présentent de l'épuisement professionnel. L'objectif de cette étude n'était pas de stigmatiser la perception qu'ils ont de l'agressivité et l'insatisfaction qu'ils éprouvent avec les résidents, mais bien d'insister sur l'importance de prendre en considération les difficultés psychologiques et émotionnelles de ces professionnels, car comme nous l'observons, celles-ci peuvent affecter radicalement la perception et le sentiment de satisfaction de l'individu. Il est essentiel de développer des moyens afin de prévenir ce mal-être à un niveau individuel, à travers des groupes de paroles par exemple, mais également à un niveau organisationnel de l'institution. Les facteurs organisationnels ne devraient pas être mis de côté car ils ont leur rôle à jouer dans le développement de l'épuisement

professionnel (charge de travail, sous-effectifs, manque de considération de la part des supérieurs, des collègues ou des résidents, etc.) [43].

Bien que les résultats confirment nos hypothèses, nous ignorons toujours ce qui amène les individus à percevoir l'agressivité de manière accrue. Au cours de nos recherches, nous avons réalisé que la problématique de l'épuisement professionnel doit donner lieu à des nouvelles recherches. Étudier l'émergence de cette perception de l'agressivité et en retour de l'insatisfaction avec les résidents, de manière plus qualitative, à l'aide d'entretiens avec des professionnels par exemple, aurait peut-être été préférable pour appréhender ce sujet délicat. Nous pouvons imaginer que la prise de conscience d'être insatisfait dans la relation avec le résident amène une charge émotionnelle supplémentaire. Ce système pourrait alors s'entretenir : une souffrance physique et émotionnelle, suivie d'une perception accrue de l'agressivité et d'une insatisfaction avec le résident, perçue par une personne souffrante, qui a donc des difficultés de gestion des émotions négatives engendrera davantage d'émotions négatives. Cultiver une attitude d'auto-compassion pourrait être une piste de recherche en ce qui concerne la prévention de l'épuisement professionnel chez les soignants, stoppant ce cercle d'émotions négatives. Des interventions préventives ou thérapeutiques de groupe dont le but est de développer une attitude d'auto-compassion ou d'entraîner à la pleine conscience existent et se développent [58]. Certaines ont montré leur efficacité sur la réduction du stress ou de l'épuisement professionnel chez les professionnels de soin. Cependant, ces programmes demandent du temps, un investissement conséquent de la part des participants et sont coûteux pour les institutions qui sont parfois réticentes à les mettre en place.

En dehors de ces programmes, il est possible que l'équipe soignante ait une fonction décisive pour lutter contre la souffrance au travail. Les discussions d'équipe, représentant des moments d'échanges en groupe durant lesquelles les infirmiers et les aides-soignants parlent des difficultés de leur pratique, pourraient être déterminantes pour le bien-être et la santé mentale

des individus. Ces temps d'échange pourraient représenter une forme de régulation émotionnelle interpersonnelle et pourraient avoir un effet bénéfique sur la prévention de l'épuisement professionnel. Il serait intéressant d'investiguer cela car il est possible qu'une gestion des émotions en groupe puisse compenser des déficits individuels de régulation émotionnelle.

Liens d'intérêts : aucun.

Références bibliographiques

Péruchon M. La maltraitance en gérontologie. Point de vue psycho-dynamique. *Cahiers de psychologie clinique* 2015 ; 44 : 143–163.

Jovelet G. Penser l'EHPAD et son devenir. Pas sans la psychiatrie ! *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 437–442.

Monfort JC. *Les troubles psychotiques des personnes âgées*. Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je? », 2014 : 37–47.

Zawieja P. *Le burn out*. Paris : Presses Universitaires de France, « Que sais-je? », 2015 : 3–10.

Zuidema S, Koopmans R, Verhey F. Prevalence and Predictors of Neuropsychiatric Symptoms in Cognitively Impaired Nursing Home Patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2007 ; 20 : 41–49.

Luttringer G. Comprendre l'agressivité et la violence du sujet âgé : un défi qui vaut le coup. *Le Journal des psychologues* 2017 ; 346 : 62–67.

Cohen-Mansfield J, Billig N. Agitated Behaviors in the Elderly: A Conceptual Review. *Journal of the American Geriatrics Society* 1986 ; 34 : 711–721.

Holmes C. Dementia. *Medicine* 2012 ; 40 : 628–631.

Holst A, Skär L. Formal caregivers' experiences of aggressive behaviour in older people living with dementia in nursing homes: A systematic review. *Int J Older People Nurs* 2017 ; 12 : 121–58.

Fillon E. Bientraitance du sujet âgé : Une approche de sensibilisation du personnel. *Lettre de Psychogériatrie* 2012 ; 9 : 1–9.

Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska E. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *Front Neurol* 2012 ; 3 : 73.

Freudenberger HJ. Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues* 1974 ; 30 : 159–165.

Maslach C, Leiter MP. *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to do about It*. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1997 : 368–370.

Martin C, Ramos-Gorand M. High turnover among nursing staff in private nursing homes for dependent elderly people in France: impact of the local environment and the wage. *Economics and Statistics* 2017 ; 493 : 49-66.

Bonnet M. Relation d'aide et aide à la relation en gérontologie. *Nouvelle revue de psychosociologie* 2008 ; 6 : 107–121.

ANESM. *Qualité de vie en EHPAD. Volet 4 : L'accompagnement personnalisé de la santé du résident*. Saint Denis, ANESM, 2012.

Guillaume S, Or Z. La satisfaction des personnes âgées en termes de prise en charge médicale et de coordination des soins : une approche qualitative exploratoire. *Questions d'économie de la santé* 2016 ; 214 : 1–6.

Monfort E, Besse P, Bellet A, Fontaine AC. Perceptions de la qualité de vie et de la bien-être par des personnes âgées résidant en institution gériatrique et par leurs proches. *Pratiques Psychologiques* 2018 ; 24 : 389–402.

Conversat-Nigay C, Morgny C, Manckoundia P, Lenfant L, Pfitzenmeyer P. Qualité de vie au sein d'un EHPAD : étude du ressenti des résidents. *Annales de Gériatriologie* 2010 ; 3 : 161–168.

Colpé D. La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge : vieillir. *Cahiers de psychologie clinique* 2007 ; 28 : 257–270.

Ploton L. « La communication avec les déments séniles ». *La revue du praticien médecine générale* 1995 ; 9 : 45-48.

Cooper SL, Carleton HL, Chamberlain SA, Cummings GG, Bambrick W, Estabrooks CA. Burnout in the nursing home health care aide: A systematic review. *Burnout Research* 2016 ; 3 : 76–87.

Thomas P, Barruche G, Hazif-Thomas C. Abus de faiblesse, harcèlement moral et burnout des soignants en gériatrie et en psychogériatrie. *La revue francophone de gériatrie et de gérontologie* 2013 ; 20 : 162-172

Patel V, Hope RA. A rating scale for aggressive behaviour in the elderly—the RAGE. *Psychological medicine* 1992 ; 22 : 211-221.

Harris D, Morrison EF. Managing violence without coercion. *Archives of Psychiatric Nursing* 1995 ; 9 : 203–210.

Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, Di Fiorino M. Aggressive behavior in patients with dementia: Correlates and management: Aggressive behavior and dementia. *Geriatrics & Gerontology International* 2011 ; 11 : 408–413.

Dettmore D, Kolanowski A, Boustani M. Aggression in persons with dementia: Use of nursing theory to guide clinical practice. *Geriatric Nursing* 2009 ; 30 : 8–17.

De Oliveira AM, Radanovic M, de Mello PCH, Buchain PC, Vizzotto ADB, Celestino D et al. Nonpharmacological interventions to reduce behavioural and psychological symptoms of dementia: A systematic review. *Biomed Research International* 2015 ; 15 : 1–9.

Foley KL, Sudha S, Sloane PD, Gold DT. Staff perceptions of successful management of severe behavioural problems in dementia special care units. *Dementia* 2003 ; 2 : 105–124.

Isaksson U, Åström S, Graneheim UH. Violence in nursing homes: Perceptions of female caregivers. *Journal of Clinical Nursing* 2008 ; 17 : 1660–1666.

Janzen S, Zecevic AA, Klooseck M, Orange JB. Managing agitation using nonpharmacological interventions for seniors with dementia. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias* 2013 ; 28 : 524–532.

Enmarker I, Olsen R, Hellzen O. Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review: Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour. *International Journal of Older People Nursing* 2011 ; 6 : 153–162.

Whittington R, Wykes T. Aversive stimulation by staff and violence by psychiatric patients. *British journal of clinical psychology* 1996 ; 35 : 11-20.

Donnio I. L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société* 2005 ; 28 : 73–92.

Graneheim UH, Hörnsten Å, Isaksson U. Female caregivers' perceptions of reasons for violent behaviour among nursing home residents. *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* 2012 ; 19 : 154–161.

Mallon I. Les personnes âgées en maison de retraite : une redéfinition des espaces familiaux. *Espaces et sociétés* 2005 ; 120-121 : 163–178.

Ostaszkiwicz J, Lakhan P, O'Connell B, Hawkins M. Ongoing challenges responding to behavioural and psychological symptoms of dementia. *International Nursing Review* 2015 ; 62 : 506–516.

Duxbury J. An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2002 ; 9 : 325-337.

Schuwey-Hayoz A, Needham I. Caractéristiques de l'agressivité des patients dans un hôpital psychiatrique en Suisse. *Recherche en soins infirmiers* 2006 ; 86 : 108–115.

Corre SPL, Benchiker S, David M, Deroche C, Louassarn S, Scodellaro C. Perception sociale de la maladie d'Alzheimer : les multiples facettes de l'oubli. *Gérontologie et société* 2009 ; 32 : 75–88.

Stevenson KN, Jack SM, O'Mara L, LeGris J. Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretive descriptive study. *BMC Nursing* 2015 ; 14 : 35–35.

Estryn-Behar M. *Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe*. Rennes : Presses de l'École des hautes études en santé publique, 2008 : 27–35.

Formarier M. La relation de soin, concepts et finalités. *Recherche en soins infirmiers* 2007 ; 89 : 33–42.

Bonneville L, Grosjean S. Les défis que soulève l'informatisation de la pratique médicale sur le plan de l'innovation technologique. *Canadian Journal of Communication* 2007 ; 32 : 435–456.

Delhaype M, Lotstra F. Soignants... soignés, un rapport complexe. Une réflexion « chemin faisant » quant au statut émotionnel du soignant. *Cahiers de psychologie clinique* 2007 ; 1 : 49–59.

Colombat P, Nallet G, Jaulmes D. De la démarche palliative aux soins de supports ou du Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins palliatifs en hématologie (GRASPH) au Groupe de réflexion sur l'accompagnement et les soins de support pour les patients en hématologie et oncologie (GRASSPHO). *Oncologie* 2008 ; 10 : 96–101.

Bridoux A, Hanon C, Gomez D, Loridon F, Khatir F. Agressivité chez le sujet âgé en institution. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2008 ; 8 : 17–17.

Berg N, Moreau A. La maltraitance des personnes âgées, un phénomène de société. *Rev Med Brux* 2005 ; 6 : 344-9.

Armand-Branger S, Rhalimi M, Mangerel K. Le vieillissement de la population française et ses conséquences. *Journal de Pharmacie Clinique* 2011 ; 30 : 159-166.

Dion G, Tessier R. Validation of a French translation of the Maslach burnout inventory (MBI). *Can J Behav Sci* 1994 ; 26 : 210-27.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory*. In : Zalaquett CP, Wood RJ. *Evaluating Stress: A Book of Resources*. Palo Alto, CA : Consulting psychologists press, 1986 : 3463-3464.

Yudofsky S, Silver J, Jackson W. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal

and physical aggression. *The American journal of psychiatry*, 1986.

Verlaeten M, Charles G, Machowski R. Une adaptation de l'échelle d'agressivité manifeste de Yudofsky sur une population de patients hospitalisés en unité de soins fermée. *Psychiatrie & psychobiologie* 1989 ; 4 : 227-233

Wilguski D. *Le vécu du corps vieillissant et la satisfaction de la relation avec les soignants en institution* [Mémoire de Master 2]. Université Pierre Mendès France, Grenoble, 2016.

Cohen-Mansfield J, Libin A. Verbal and physical non-aggressive agitated behaviors in elderly persons with dementia: robustness of syndromes. *Journal of Psychiatric Research* 2005 ; 39 : 325–332.

Hazif-Thomas C, Léger D, Thomas P. Agitation et agressivité du sujet âgé : de la clinique avant toute chose ! *La Revue de Gériatrie* 2003 ; 6 : 349-56.

Suyi Y, Meredith P, Khan A. Effectiveness of Mindfulness Intervention in Reducing Stress and Burnout for Mental Health Professionals in Singapore. *Explore* 2017 ; 13 : 319–326.