

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Burn-out: surmonter l'épuisement professionnel

PAR MICHEL DELBROUCK



© Eric Lambé

L'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et le sentiment d'échec professionnel forment le trépied du syndrome d'épuisement professionnel, le fameux burn-out. Comment sortir de cet état?

En juin 2003, on pouvait lire sur fr.bio.medecine¹: "Pas mal d'internes en médecine, quelles que soient les spécialités, se sentent complètement déprimés par le boulot, par la vie en général.

A cela s'ajoutent les volumes horaires monstrueux (consultations, astreintes, ...), leurs évaluations, l'ambiance d'équipe, ... bref ils ne vivent que pour le boulot ... Certains voient des psys mais impossible de demander un allègement des horaires, ça ferait "honte" dans le boulot ... Beaucoup de lassitude à un âge qui ne devrait pas.

Beaucoup de burn-out à un âge qui ne devrait pas. Beaucoup d'alcoolisme (eh oui ...) à un âge qui ne devrait pas, beaucoup de cheveux blancs (quand il en reste) à un âge qui ne devrait pas. Etc."

Tous les médecins et le personnel hospitaliers sont soumis au même régime, même si les ingrédients diffèrent. Et la situation n'est guère plus brillante pour les généralistes.

LE TRÉPIED DU BURN-OUT

C'est à C. Maslach et S. Jackson² que l'on doit d'avoir éclairci le syndrome en le décrivant en trois volets.

► L'ÉPUISEMENT ÉMOTIONNEL

L'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet va ressentir cet épuisement sous la forme d'une fatigue effective au travail, de l'impression d'être vidé et d'une difficulté à être en phase avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certains malades devient de plus en plus difficile. Cette fatigue émotionnelle n'est pas ou peu améliorée par le repos. Les crises d'énervement et de colère, les difficultés cognitives à se concentrer se marquant



Michel Delbrouck est médecin, président de la Société Balint Belge, auteur du livre intitulé "Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel", 2003, De Boeck Université.

michel.delbrouck@ifts.be

par des oublis de réponse à des demandes même anodines s'associent à une incapacité à exprimer toute émotion. La tradition médicale prône implicitement le fait que le médecin doit rester fort et qu'il ne peut exprimer aucune faiblesse. L'émotion risque donc d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle. Ainsi, l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'une distanciation par rapport au patient. Cet état est décrit dans la littérature américaine sous le nom de *"John Wayne Syndrom"*. À l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, le soignant devient impassible et nie tous les problèmes.

► LA DÉSHUMANISATION DE LA RELATION À L'AUTRE

C'est la conséquence directe du premier volet : *"Puisque les émotions me débordent, mettons-les de côté !"*. C'est le noyau dur du syndrome marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. Le malade est considéré comme un objet, une chose, un cas, un numéro de chambre. Le soignant fait un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir ou se retranche derrière une description scientifique du corps malade qui ne tient plus compte de l'état de santé global de la personne. Un point-clé du diagnostic est évidemment le changement d'attitude du soignant qui, en début de carrière, était hyper-motivé, empathique, et qui progressivement prend ce *"look déshumanisé"*. La transformation n'est pas toujours aisée à observer car elle s'installe insidieusement et sournoisement comme à l'insu du soignant et, pourrait-on dire, malgré lui.

► LE SENTIMENT D'ÉCHEC PROFESSIONNEL

Conséquence des deux autres volets, cette diminution de l'accomplissement personnel est douloureusement vécue. Elle peut s'exprimer par le sentiment de ne pas être efficace, de ne plus faire du bon travail et une frustration par rapport au sens donné à son métier. A partir de

ce sentiment de ne plus être à la hauteur, le médecin commence à douter de lui et de ses capacités à aller vers l'autre. Ce qui provoque une dévalorisation de soi, un sentiment de culpabilité, une démotivation. Les conséquences sont variées et variables : absentéisme motivé ou non, fuite du travail, projet de changer de métier. Chez les médecins, la réaction la plus fréquente est au contraire de l'hyperactivisme. Le médecin prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminué. Ainsi, le syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out apparaît comme un syndrome à trois dimensions en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif. 50% des médecins se trouveraient au premier stade d'épuisement émotionnel, 16% éprouveraient de la déshumanisation dans leur relation à leurs patients et 2% éprouveraient ce sentiment d'échec professionnel. Heureusement, une poignée de la population médicale seulement présenterait le syndrome de burn-out au complet.

LES ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT

Les étapes classiques du syndrome d'épuisement professionnel sont les suivantes. L'histoire commence par un enthousiasme idéaliste et ensuite une suridentification aux patients. Le médecin dépense une énergie excessive et inefficace. Par la suite, une stagnation associée à un ennui, une déconcentration et une irritabilité apparaît. Enfin, frustration et apathie sont présentes. Il se pose des questions sur son efficacité et la pertinence de son travail ainsi que sur son propre système de valeurs. Il travaille un minimum, se sent frustré, évite les conflits et les patients. Il essaie de se protéger lui-même contre tout et tout le monde.

LES FACTEURS RESPONSABLES DU BURN-OUT SPÉCIFIQUE DU SOIGNANT

Quatre failles possibles semblent pouvoir expliquer les causes du burn-out spécifique du soignant.

► L'IMPACT ET LA RÉPÉTITION DES TRAUMATISMES RENCONTRÉS EN PATIENTÈLE

La plupart des soignants sont amenés à être confrontés jour après jour aux aspects cachés et sombres de l'âme humaine. Au fil des jours, ils accompagnent parfois des personnalités à peine sinon pas structurées du tout. Les besoins et les demandes de ces patients sont importants. La diversité des problématiques engendrées par les patients amène le soignant à tenter de trouver un équilibre psychique et physique en relation avec ces *"problématiques"*. Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontrées s'il avait choisi une autre profession.

De plus, la question de la mort³, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, de l'inégalité, des pulsions interdites refoulées (incestes, viols, suicides, meurtres, perversions, sexualité, interruptions de grossesse, malformations génétiques, manipulations génétiques, euthanasie passive ou active, pulsions de meurtre, toxicomanies, ...) devient répétitive et régnante au fil des jours et des consultations. La répétition de ces impacts et la multitude de ces micro-traumatismes émotionnels consomment ce soignant au plus profond de lui-même, surtout s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues.

► LA SPÉCIFICITÉ DU MÉTIER DE SOIGNANT

Le professionnel reste doublement impliqué : d'une part par le vécu de l'autre souffrant et d'autre part, par identification projective⁴, il est impliqué dans son propre vécu d'être humain. (*"Et si j'avais la même maladie, et si je mourais, et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents, à mon conjoint ... ?"*). Ce métier spécifique de soignant demande une grande disponibilité et de la tolérance. La diversité des demandes de même que la diversité du type de demandes sont particulièrement exigeantes pour les soignants. En plus des demandes cachées, il y a les demandes claires dès

¹ Fr.bio.medicine, Les internes : de la dépression au suicide, 11 Juin 2003.

² Maslach C. & Jackson S.E., "Burnout in health professions : a social psychological analysis", London, 1982, In Social Psychology of Health and Illness (Edited by Sanders G.S. and Suls J.). Laurence Erlbaum Associates.

³ Lire dans Delbrouck M. (éd), ibidem, opus cité, les articles des Drs Lebrun et De Caebel, où ces questions de vie ou de mort sont développées au chapitre III, I, page 128 & 138.

⁴ Identification projective : mécanisme de défense consistant à identifier incon-

sciemment un affect ou un comportement et de le projeter toujours inconsciemment chez l'autre en le manipulant de telle sorte qu'il adopte celui-ci et vérifie ainsi sa thèse de départ.

⁵ Transfert : ensemble des réactions inconscientes que développe le patient à l'égard

de son soignant. Cfr. détails chapitre I, III, syndromes associés au burn-out page 22.

⁶ Ce que Michael Balint va appeler la fonction apostolique du soignant.

⁷ La fameuse distance thérapeutique qui lui permet d'avoir suffisamment de recul pour traiter avec toute sa conscience, sa

le départ qui se transforme en exigences intolérables au fil de la relation thérapeutique et ce à travers le fil du transfert⁵.

► LA QUESTION DU CHOIX DE LA PROFESSION DE SOIGNANT

La question même du choix de la profession représente un autre facteur de fragilité ou de faille possible. Le candidat soignant a été souvent confronté assez jeune à la question de la maladie et des soins à y apporter. Sa personnalité et ses choix professionnels sont donc à la fois une faille possible qui le rend particulièrement sensible à ces questions chez les autres et à la fois une force car il est très sensibilisé, beaucoup plus que son confrère, à ces mêmes questions, notamment par le souci du mode de réponse à y apporter. La plupart des soignants présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients. Ils pêchent la majorité du temps par excès⁶, sont de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent. Ils s'oublient au profit de leurs patients et souvent à leur propre détriment et à celui de leurs famille et amis. *"Tenter de résoudre, de réparer ce qui m'a fait souffrir dans ma propre chair, mon propre esprit ou celle ou celui d'être que j'ai côtoyés et aimés, peut m'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que moi, soignant, je ne tombe pas dans une compulsion de répétition telle que je veux sauver le monde et que je finis par m'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel"*.

► L'ISOLEMENT PHYSIQUE ET PSYCHOAFFECTIF DU SOIGNANT

Le soignant, de par sa position dans la société et la spécificité du dialogue singulier avec son patient, est placé dans une situation particulière, à la fois privilégiée et dans une contrainte liée au secret médical. Il est censé ne partager avec personne les confidences qu'est venu lui faire son patient. Dans certains cas, la lourdeur des secrets à porter au fil des jours et leur impact affectif chez le soignant l'usent à petit feu

même si des lieux de supervision privilégiés existent. Le patient projette consciemment et le plus souvent inconsciemment sur lui des sentiments de toute-puissance, de pouvoir sur la vie et la mort, ce qui l'isole encore plus. L'humilité reste le seul remède à ce phénomène. Le fait même d'avoir été contenant des souffrances de l'autre le place à une distance⁷ telle qu'il lui devient impossible de maintenir avec ses patients des relations autres que professionnelles.

L'isolement physique et psychoaffectif du soignant ainsi que le poids des responsabilités restent des facteurs de stress et bien des efforts sont actuellement fournis pour y remédier (groupes de formation continue ou d'évaluation de la pratique médicale, groupes de supervision de cas cliniques, groupes Balint).

QUELQUES PISTES DE RÉFLEXION

Les contraintes existentielles comme la responsabilité, la quête de sens face à l'absurde, la finitude, la solitude et l'imperfection, marquent la limite de tout être humain et, par là, celle du médecin dans sa pratique quotidienne. Pour le soignant, accepter la finitude pourrait être un facteur anti-burn-out qui le libérerait de cette contrainte morale sociétaire de toute-puissance de guérison de ce qui est inguérissable.

Soigner le burn-out impliquerait des changements personnels intérieurs aux dimensions introspective, philosophique, mythique, communautaire, politique et éthique, des changements dans la pratique quotidienne touchant à l'organisation de sa vie intérieure et à un sain ajustement avec sa vie extérieure. Trois niveaux d'intervention s'avèrent nécessaires: une action sur l'individu (approche psychiatrique, psychanalytique, faille, trauma, ...), une action sur les systèmes (approche systémique, sociologique, environnementale, facteurs de stress) et une action sur l'idéal professionnel (approche non culpabilisante, sur le type de personnalité, hardiness personality, ...). Selon P. Janne, C. Reynaert⁸, Y. Libert, & al., *"le soignant en burn-out attend trop de sa profession,*

qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel, de la reconnaissance, de l'amour. Il devient un individu à haut risque. Le "burn-in" est le lit du "burn-out".

Le Dr J.P. Lebrun⁹ nous dit que le médecin *"vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité. ... Il ne peut de ce fait penser l'impasse dans laquelle il se trouve du fait même qu'il est dans une logique sans limite. Et s'il veut réintroduire une limite, il devra soutenir le paradoxe de décider lui-même de la limite, autrement dit soutenir une transgression. ... Les médecins craignent les groupes de parole parce que la parole risque de réveiller leur souffrance cachée et ignorée d'eux-mêmes. ... La parole vraie pourra énoncer la dimension de l'impossible."*

De diverses études actuelles randomisées et réalisées dans de multiples pays, il ressort que les groupes de parole, les groupes Balint, améliorent les scores au niveau de l'abandon de la profession. Dans l'étude NEXT¹⁰, seuls 15,1% des soignants déclarent pouvoir discuter des questions psychologiques en groupe avec une personne spécialisée mais 48,9% ne le peuvent pas¹¹ alors qu'ils le souhaitent.

Pour conclure, trois pistes de réflexion pourraient représenter une amorce à la problématique de l'épuisement professionnel : trouver un équilibre conflictuel en soi qui ne soit pas uniquement le dépassement de soi, laisser de la place au ressenti et aux émotions en leur donnant valeur de signifiant et en ne se limitant pas seulement au processus cognitif, et, enfin, dépasser le grand fantasme occidental de croire possible de dépasser la mort ou de la changer.



Canoui P. & Maurange A., *Le syndrome d'épuisement professionnel. De l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris, 1998, 2001, Masson.

Delbrouck M. (éd), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, 2003, De Boeck Université.

Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, Bruxelles, 1993, De Boeck Université.

Next : *Nurses early exit study, in « Inquiry into the causes of Premature Withdrawal from Health-Care Work ».*

Salathe N.K., *Psychothérapie Existentielle, une perspective gestaltiste*, Paris, 1992, Amers.

Winckler M., *La maladie de Sachs*, Paris, 1998, P.O.L éd.

compétence et son intelligence claire, son patient, sans se confondre dans une empathie ou plutôt une sympathie qui le rendrait inefficace.

⁸ Janne P., Reynaert C., Libert Y. & al., in Delbrouck M. (éd), *ibidem*, opus cité.

⁹ Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, Bruxelles, 1993, De Boeck Université.

¹⁰ NEXT : *Nurses early exit study, in « Inquiry into the causes of Premature Withdrawal from Health-Care Work ».* L'étude NEXT vise à comprendre les

facteurs pouvant déterminer l'abandon prématuré de leur profession par les soignants.

¹¹ NEXT, *ibidem* : Des échecs sont apparus lorsque le psychologue ne bénéficiait pas lui-même d'une supervision. Chez les

soignants ne bénéficiant pas d'un soutien organisé, le désir d'un psychologue ou d'un psychiatre est très élevé. Seuls 41% des soignants peuvent discuter en détails des questions d'organisation dans leur service.