

CAHIER

LE BURN OUT



©Hélène Martiat / Question Santé

Quand s'ouvrent les portes du vide...

« Quand s'ouvrent les portes du vide » : telle est la sensation que décrivent certaines personnes en proie au burn out, cette maladie (?) liée au travail dont souffrent nombre de nos contemporains et dont le nom, un anglicisme parfois traduit par « épuisement professionnel », signifie : s'user, s'épuiser, craquer en raison de demandes excessives d'énergie, de forces ou de ressources.

Le burn out a sans doute touché les générations précédentes, à une époque de moindre attention aux aspects psychologiques de la santé et où les contraintes sociales dévalorisaient ce type de plainte. Il ne leur restait, pour faire reconnaître leur souffrance au travail, qu'à somatiser : l'ulcère à l'estomac du travailleur consciencieux ou l'infarctus du cadre dynamique ont été très « tendance ». Aujourd'hui, leur maladie « psychosomatique » pourra être attribuée au burn out, bien que ce « diagnostic » n'ouvre malheureusement pas encore à une reconnaissance sociale ni à de réels efforts de prévention.

On connaît surtout le burn out des soignants mais beaucoup de nos patients ou de nos collègues non soignants sont également atteints : le burn out, considéré comme lié à la relation d'aide aux

temps de l'émergence du concept, touche en fait tous les types de travail nécessitant un investissement personnel. C'est donc avec cette vision « universelle » que nous explorerons le burn out, réservant toutefois aux soignants une place spécifique.

Au terme de ce cahier, nous essaierons de rassembler quelques-unes des nombreuses données mises en évidence par les articles précédents et la littérature, afin d'en creuser davantage certains aspects, d'en dégager du matériel critique et d'ouvrir des perspectives sur ce que le burn out nous dit sur notre mode de vie et sur les soins de santé.



Stress, fatigue, neurasthénie, dépression, angoisse, c'est une véritable nébuleuse de termes qui s'offre à décrire nos mal-être. Immergé parmi eux, le burn out connaît son heure de gloire. Aussi commencerons-nous par débroussailler ces différentes notions avec l'article de Philippe Corten et poursuivrons-nous par une description du burn out proprement dit avec celui de Peter Bügel, suivie d'une brève « biographie » du concept.

Mettre des mots sur mes maux	page 27
<i>Philippe Corten, professeur, Clinique du stress, centre hospitalier universitaire Brugmann</i>	
Le burn out	page 33
<i>Peter Bügel, psychologue, centre de formation en médecine générale, Rijkuniversiteit, Groningen, Pays-Bas</i>	
Burn out : biographie d'un concept	page 37
<i>Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune</i>	



LE BURN OUT

Trois textes de Marc Loriol nous introduiront ensuite au burn out des infirmières.

Le premier texte décrit de manière très concrète ce qui constitue la fatigue et le stress des infirmières et comment elles y font face.

Le suivant analyse et critique un mode particulier de gestion du burn out infirmier : la prescription des émotions.

Le dernier, prenant de la hauteur, revient sur la notion de burn out, comment elle est née, a grandi, et aujourd'hui décline, concurrencée par celles de harcèlement et de violence, et montre ainsi sa dimension socialement construite.

La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière page 39

Marc Loriol, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de recherche scientifique, Paris I

La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires d'une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES).

Contrôle de soi et juste distance au malade page 44

Marc Loriol, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de recherche scientifique, Paris I et Jean-Marc Weller, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de recherche scientifique au Laboratoire techniques, territoire et sociétés (LATT), Ecole nationale des ponts et chaussées

La construction sociale de la fatigue au travail : l'exemple du burn out des infirmières hospitalières page 52

Marc Loriol, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de recherche scientifique, Paris I

Alain Lutz nous propose une mise en perspective du burn out des médecins dans le cadre général de leur santé mentale, avec ses facteurs de stress spécifiques, et souligne les difficultés de la prise en charge de ces patients qui ne se considèrent pas « comme les autres ».

Le burn out chez le médecin page 63

Alain Lutz, psychiatre, chargé de cours, faculté de médecine, département de neurologie et de psychiatrie, université catholique de Louvain

Quelle est l'importance du phénomène ?

Nous avons choisi une étude suisse pour « chiffrer » les aspects du burn out, en raison de son caractère méticuleux, des similitudes globales de l'exercice de la médecine en Suisse et en Belgique et aussi parce qu'elle développe de nombreuses comparaisons internationales, nous offrant ainsi un large tableau du phénomène.

Santé des médecins de premier recours en Suisse.

Résultats de la première enquête nationale page 67

Patrick Bovier, médecin interniste à Genève, Martine Bouvier Gallacchi, médecin interniste à Melide (Tessin), Catherine Goehring, médecin interniste à Biasca (Tessin), Beat Künzi, médecin généraliste à Berne.

En réfléchissant aux changements que traverse aujourd'hui la relation entre soignants et soigné, les textes de Lilli Herzig, sous la forme d'un « coup de gueule » et de Bernard Fourez, sous celle d'une réflexion plus anthropologique, semblent nous écarter de notre sujet.

Mais peut-être n'est-il pas fortuit que l'émergence du concept de burn out coïncide dans le temps avec les mutations de cette relation, mutations qui se marquent par un accroissement de responsabilités du soignant, le confrontent à son impuissance et à l'augmentation des exigences du public et du système de soins, et se traduisent par une régression du soutien qu'il peut espérer de la société et de son milieu de travail : ne sont-ce pas là quelques-uns des facteurs décrits à l'origine du phénomène de burn out ?

- Impressions après le congrès Wonca 2004** page 76
Lilli Herzig, médecin généraliste, chargée de cours à la faculté de médecine de l'université de Lausanne
- Le médecin nouveau est arrivé** page 79
Bernard Fourez, médecin
- Questions réponses sur le burn out** page 84
Axel Hoffman, médecin généraliste à la maison médicale Norman Bethune

Mettre des mots sur mes maux



LE BURN OUT

.....
Ce que je vis, est-ce du stress, de l'angoisse, de l'anxiété, un sentiment dépressif ou simplement de la fatigue ?

● L'anxiété

L'anxiété est une émotion normale, elle nous alerte des dangers et des risques existants. Elle est en relation avec nos anticipations. Si nous n'anticipons pas, nous ne serions jamais anxieux. Elle se développe lors de la crainte de l'échec ou devant l'incertitude de l'action à entreprendre (principe d'incertitude).

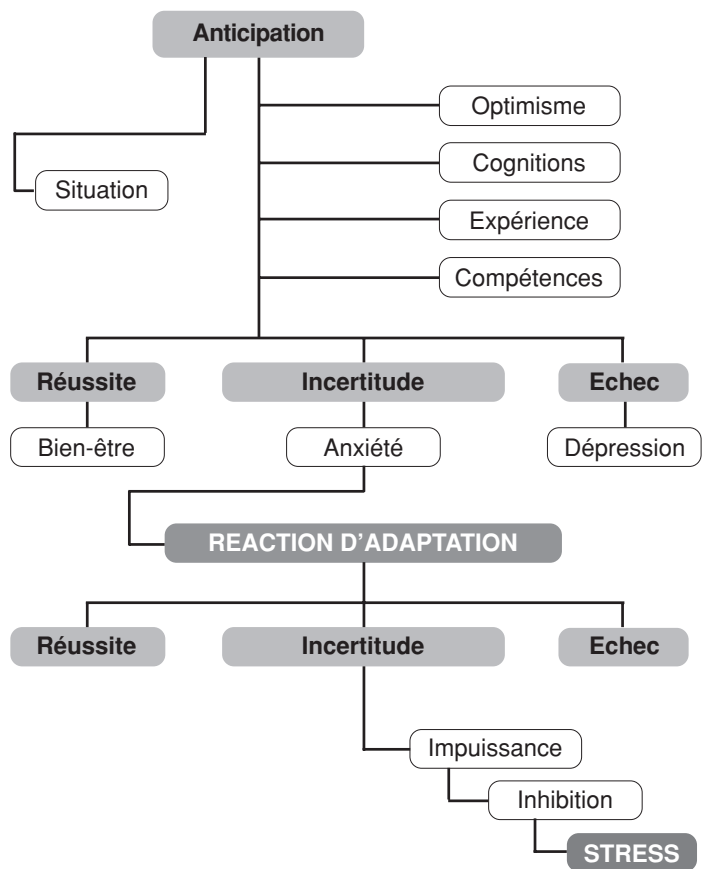
Philippe Corten,
professeur,
Clinique du stress,
centre hospitalier universitaire Brugmann.

● La fatigue

La fatigue est une réponse physiologique naturelle et réversible à un effort spécifique identifiable. Fatalement, si un étudiant passe plusieurs nuits blanches pour étudier un examen, il sera fatigué. De même, un manutentionnaire qui passe ses journées à déplacer des sacs de ciment, ne peut être que fatigué en fin de journée. Dans la fatigue simple, la cause est toujours identifiable et explicable physiologiquement. Par ailleurs cette réaction est réversible : il suffit de dormir et se reposer suffisamment. Ainsi, si après quelques jours de repos, la fatigue n'a pas disparu, probablement sommes-nous en présence d'un autre syndrome.

● La fatigue chronique

Bien que ce syndrome, appelé également fibromyalgie, ne soit pas unanimement reconnu dans les milieux scientifiques et médicaux, il se caractérise par l'intensité de la fatigue qui est particulièrement invalidante et par les douleurs musculaires et articulaires importantes. Les fibromyalgiques parviennent rarement à avoir plus de quelques heures d'activité par jour et chroniquement paient très cher les jours suivants la moindre augmentation de leur activité. Il n'y a pas, à l'heure actuelle, de traitement de la fatigue chronique à part la relaxation.



Généralement, l'être humain lorsqu'il anticipe est plutôt optimiste. Spontanément il aura tendance à imaginer une issue favorable à son action. Si nous étions réalistes, qui oserait en Belgique programmer un barbecue pour dans quinze jours ? Ou lorsqu'on prend la voiture imagine-t-on qu'on pourrait avoir un accident ? Néanmoins, parier sur la réussite n'est pas toujours possible, surtout si suffisamment de signes nous en alertent, on peut alors imaginer l'échec. L'anticipation de l'échec entraîne souvent un sentiment dépressif ou anxieux. Mais l'anxiété sera surtout importante si on ne sait pas quelle attitude il faut prendre. Certains

Mots clefs : santé mentale.

supportent mieux l'incertitude que d'autres. On dit qu'ils sont cool ou qu'ils sont zen, d'autres ont besoin de tout maîtriser. L'incertitude et l'angoisse qu'elle engendre sont très difficiles à supporter car elles sont paralysantes et la première réaction est de diminuer celles-ci soit en prenant plus de renseignements soit en optant pour l'échec (ou la réussite malgré tout). C'est ce que fait l'étudiant en examen qui voit la date de l'interrogation s'approcher et la quantité de matière qu'il devrait engloutir. Un certain moment il se dit : « je vais être busé ». Une autre réaction est de se faire une décharge monumentale d'adrénaline pour agir, c'est ce qu'on appelle une réaction d'adaptation. Bien souvent c'est efficace. L'acteur lorsqu'il va monter en scène a le trac, il est anxieux. Mais il sait aussi que s'il bredouille, s'il tremble, il ne convaincra pas le public et en montant sur scène il déclenche une décharge d'adrénaline. Par contre si cette réaction est inefficace et que cela se répète, on va rentrer dans un processus de stress.

L'anxiété peut se manifester sous différentes formes comme l'angoisse ou les phobies. On parlera de :

- **Peur** : pour un sentiment de crainte motivée en présence de la situation (exemple : être face à un lion) ;
- **Phobie** : pour un sentiment de crainte non motivée en présence de la situation (exemple : face à une souris ou un ascenseur ou des gens) ;
- **Anxiété** : un sentiment de crainte motivée ou non en dehors de la présence de la situation ;
- **Angoisse** : pour les sensations physiques que procure une anxiété (nœuds à l'estomac, boule dans la gorge, tremblements, palpitations...).

Quand l'anxiété devient-elle pathologique ?

- Quand la réaction est disproportionnée ou inadéquate face à la situation ;
- Quand elle est persistante ;
- Quand elle handicape la réalisation normale des tâches.

Les symptômes habituels de l'anxiété :

- Difficultés à l'endormissement ;
- Angoisses localisées (nœuds à l'estomac, boule dans la gorge, tremblements, sensation d'étaux sur la poitrine, mains moites, palpitations...)
- Souvent déjà facilement anxieux avant ou depuis toujours.

● **Sentiments dépressifs**

Avoir des moments de déprime, de cafard ou de blues est également absolument normal. On n'est pas constamment heureux !

La déprime se caractérise par :

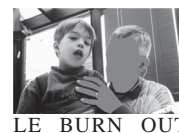
- La perte de plaisir dans les actes procurant habituellement du plaisir ;
- Un sentiment de tristesse ou d'irritabilité, de mal-être diffus, de grisaille de l'existence ;
- Parfois des idées noires.

En ce sens le burn out est une forme particulière de dépression.

Quand la déprime devient-elle pathologique ?

- Quand la réaction est disproportionnée ou inadéquate face à la situation ;
- Quand elle est persistante ;
- Quand elle handicape la réalisation normale des tâches.





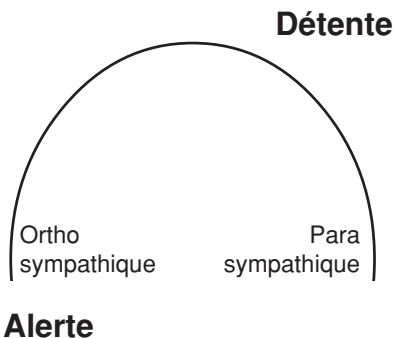
● Le stress

Le stress est une réaction normale et sans danger si l'on peut agir (fuir ou attaquer) et surtout si après on s'accorde le temps de se détendre.

En 1936, Selye a mis en évidence un mécanisme archaïque appelé depuis stress. Le mot stress vient d'une déformation du mot anglais *to stretch* (étirer). Ce mécanisme est une réaction d'adaptation du système nerveux, autonome et massif, destiné à assurer la survie d'un animal face à un danger pouvant mettre en péril sa vie. Il s'agit d'un mécanisme nerveux parce que c'est le cerveau qui le déclenche, autonome parce que nous ne le commandons pas volontairement et massif parce que nous ne pouvons pas le moduler.

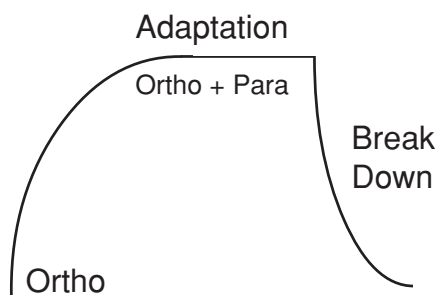
Dans une situation d'alerte ou de danger, l'animal va déclencher le système orthosympathique. Ce système a comme fonction de préparer l'animal à agir (attaquer, fuir) en augmentant le rythme cardiaque, la tension, le rythme respiratoire, en irriguant les muscles au détriment des téguments et de la peau (c'est pourquoi on pâlit), en fermant les sphincters...

A ce moment, l'animal est prêt à faire face au danger et si son action est réussie et qu'il a la vie sauve, il va déclencher une contre-réaction qui doit lui apporter la détente. Cette contre-réaction est déclenchée par le parasymphatique : le cœur va se ralentir, la tension baisser, la respiration devenir plus calme et plus profonde, le sang va irriguer à nouveau la peau (on rosit), les sphincters s'ouvrir (on a un besoin urgent d'uriner), une érection est alors possible aussi...



Imaginons maintenant que la situation se maintienne. L'orthosympathique se met en

branle, la tension augmente, le sang va vers les muscles, le rythme cardiaque et respiratoire s'amplifie, mais l'organisme ne peut pas indéfiniment augmenter tout son rythme cardiaque, sa tension, etc. Pour éviter la catastrophe, il utilise une contre-réaction aux décharges d'adrénaline, il ajoute non seulement de l'acétylcholine mais aussi du cortisol. Le cortisol n'est pas une réponse destinée à agir ou à se détendre immédiatement mais surtout à *résister* dans l'épreuve. D'une certaine manière les choses se calment, la tension n'augmente plus, ni le rythme cardiaque mais les deux phénomènes se juxtaposent, tantôt les sphincters se contractent tantôt ils se dilatent et c'est ce va et vient constipation-diarrhée, tantôt des transpirations tantôt des sueurs froides, tantôt du désir tantôt des pertes de libido et d'érection, etc. Dans l'ensemble le sort est plus enviable que si l'orthosympathique travaillait seul. C'est ce que l'on appelle la phase d'adaptation. Mais à quel prix ? Cette situation où l'orthosympathique et le parasymphatique fonctionnent simultanément non seulement entraîne une sécrétion plus importante d'adrénaline, d'acétylcholine et de cortisol, mais nécessite énormément d'énergie...



Que se passe-t-il si cela perdure ? Cela peut durer très longtemps. Mais au bout du compte, l'organisme craque de façon brutale : l'ulcère perforé, l'infarctus, l'hémorragie cérébrale, l'accident de voiture, le suicide ! Et nul ne peut prédire le type de décompensation, ni quand il adviendra !

Comment définit-on un stress pathologique ?
Le stress pathologique est un vécu caractérisé par :

- Un état de tension persistant et vécu négativement ;

- Où l'individu n'est plus ou n'est pas ou ne sent plus capable de répondre adéquatement à la tâche qu'il doit réaliser ;
- Où le fait de ne pas répondre adéquatement entraîne des conséquences significatives ;
- Ou l'on peut mettre en évidence des retentissements de cet état sur le plan physique et mental.



● Le burn out

Le burn out est une des formes sous lesquelles le stress peut se manifester. Il est particulièrement répandu dans les métiers qui demandent d'avoir une flamme intérieure et dans lesquels la réussite de l'action dépend de ses capacités relationnelles (soignants, travailleurs sociaux, enseignants, animateurs, agents commerciaux...). Il prend très longtemps à se manifester (plusieurs années) mais il est très dévastateur. C'est pourquoi on l'appelle parfois « syndrome de la mérule émotionnelle » ou « syndrome d'épuisement émotionnel ».

Au départ il se développe sur des réactions adaptatives normales au stress.

- Pour supporter le stress, un individu tente de s'endurcir, de ne pas être aussi affecté par ce

- qui lui arrive ;
- Pour supporter le stress, nous avons souvent besoin de ne pas être envahi par les autres. « De l'air ! » Nous les mettons à une certaine distance pour se soucier sans s'impliquer ;
- Nous revoyons nos aspirations et attentes à la baisse pour être plus réaliste.

Ces réactions sont tout à fait saines et tout à fait normales. Elles ne posent aucun problème si elles arrivent de temps en temps. C'est lorsque cela devient un processus que le syndrome de burn out s'enclenche, c'est-à-dire lorsque ces réactions sont quasi permanentes. En effet, si on anesthésie ses émotions en permanence, on ne peut pas se blinder uniquement contre les émotions négatives. Ainsi peu à peu on ne ressent plus les émotions positives. Sans être franchement triste, ce qui faisait plaisir ne fait plus vraiment plaisir. C'est pourquoi on considère le burn out aussi comme une forme de dépression. Une dépression cachée ou peu à peu la source des émotions s'épuise. L'ennui, c'est que puisqu'on ne se sent pas déprimé, on n'a pas la « gueule du dépressif », au contraire on a un masque souriant pendant très longtemps et quand on appelle au secours personne ne nous croit. « Toi, aller mal ? ? ? ? ». On parle de dépression souriante.

A force de mettre les autres à distance et de ne plus s'impliquer, on n'entre plus en empathie avec eux et on finit même par les considérer comme des pions que l'on peut manipuler. Au début cela ne se produit qu'au travail, mais peu à peu cela s'étend au partenaire, aux enfants, aux amis et quand on appellera « au-secours », ils vous laisseront tomber, las de votre attitude. On développe ici une déshumanisation des relations et un cynisme certain.

Enfin, à force de revoir à la baisse ses aspirations et ses attentes, on finit par se démotiver et par se mésestimer.

Le burn out est quasi exclusivement d'origine professionnelle, car les contraintes du travail contiennent tous les ingrédients pour que les trois mécanismes se développent. En effet au travail :

- Pas d'états d'âme !
- *Business, is business*. Pas d'amis en affaire !
- D'année en année la barre est mise plus haut et l'écart entre ses objectifs et ses capacités ou ses besoins se creuse.

Exercice : « Etes-vous en burn out ? »

Mesurer l'intensité de votre burn out

Consignes :

Cochez pour chaque question l'intensité correspondante

	Très peu	Un peu	Assez	Moyennement	Beaucoup	Très fortement	Enormément	
1 Je me sens émotionnellement pompé(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	E
2 Je me sens à bout à la fin d'une journée	0	1	2	3	4	5	6	E
3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que je vais affronter une autre journée de travail	0	1	2	3	4	5	6	E
4 Je peux comprendre facilement ce que les autres ressentent	0	1	2	3	4	5	6	A
5 Je sens que je traite les autres de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets	0	1	2	3	4	5	6	C
6 Travailler chaque jour avec des gens, c'est vraiment un fardeau pour moi	0	1	2	3	4	5	6	E
7 Je résous avec efficacité les problèmes des gens	0	1	2	3	4	5	6	A
8 Je sens que j'ai brûlé toutes mes cartes face à mon travail	0	1	2	3	4	5	6	E
9 Je crée une influence positive sur les gens que je côtoie à mon travail	0	1	2	3	4	5	6	A
10 Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai cet emploi	0	1	2	3	4	5	6	C
11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement	0	1	2	3	4	5	6	C
12 Je me sens très énergique	0	1	2	3	4	5	6	A
13 Je me sens frustré(e) par mon travail	0	1	2	3	4	5	6	E
14 Je sens que je travaille trop fort à mon emploi	0	1	2	3	4	5	6	E
15 Je ne fais pas vraiment attention à ce qui arrive aux autres	0	1	2	3	4	5	6	C
16 Travailler directement avec des gens me stresse beaucoup	0	1	2	3	4	5	6	E
17 Je peux facilement créer une atmosphère détendue avec les autres	0	1	2	3	4	5	6	A
18 Je me sens épanoui(e) lorsque j'ai travaillé étroitement avec les autres	0	1	2	3	4	5	6	A
19 J'ai accompli plusieurs choses utiles dans ce travail	0	1	2	3	4	5	6	A
20 Je me sens au bout du rouleau	0	1	2	3	4	5	6	E
21 Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement	0	1	2	3	4	5	6	A
22 Je ressens que les autres me critiquent indûment	0	1	2	3	4	5	6	C

Par contre, la vie relationnelle nécessite au contraire pour subsister, des états d'âme, de s'impliquer dans la relation et d'avoir des projets adaptés. Dans certains cas cependant, particulièrement quand pour une raison ou une autre, on ne peut ou ne veut pas se séparer, un burn out de couple peut s'installer (voir le *Chat* avec Gabin et Simone Signoret). De même certaines histoires de vie caractérisées par une éducation où les sentiments ont été peu exprimés ou contrariés, où les relations avec les parents étaient peu empathiques et où systématiquement on a été dévalorisé peuvent bien plus tard se solder par un burn out.

● **Exercice : « Etes-vous en burn out ? »¹**

Mesurer l'intensité de votre burn out à l'aide du tableau de la page précédente.

Pour le dépouillement :

- Faites le total des scores pour toutes les lignes qui se terminent par E : vous aurez votre score d'épuisement émotionnel. Divisez le résultat par 11 et multipliez le par 20, vous aurez votre score en % (significatif si au-dessus de 50 %);
- Faites le total des scores pour toutes les lignes qui se terminent par C : vous aurez votre score de cynisme et déshumanisation des relations. Divisez le résultat par 3 et multipliez le par 10, vous aurez votre score en % (significatif si au-dessus de 33 %);
- Faites le total des scores pour toutes les lignes qui se terminent par A : vous aurez votre score d'accomplissement personnel des relations. Divisez le résultat par 5 et multipliez le par 10, vous aurez approximativement votre score en % (burn out significatif si en dessous de 66 %). ●

(1) Maslach,
Burnout
Inventory de
Maslach Ch et
Jackson SE,
Consulting Press
Palo Alto 1996.

Le burn out



LE BURN OUT

.....

Le concept de burn out a fait son apparition dans les années '70. Ce syndrome particulier est considéré comme une forme d'épuisement émotionnel, de déshumanisation de la relation à l'autre et de perte de performance, causée par des conditions de travail stressantes.

.....

donné à ces symptômes le même nom que celui qui était utilisé pour décrire l'état des toxicomanes chroniques : burn out.

À peu près à la même époque, la psychosociologue Christina Maslach constate le recours à la même terminologie pour décrire l'état d'épuisement et les attitudes cyniques chez les avocats commis d'office.

Aux États-Unis, le phénomène a suscité énormément d'intérêt. Dès 1990, quelque deux mille cinq cents livres et articles avaient été publiés sur le sujet. La plupart portaient sur les travailleurs impliqués dans le secteur de l'enseignement et des soins de santé. Les causes souvent évoquées étaient l'implication excessive, l'idéalisme, et le perfectionnisme.

Peter Bügel,
psychologue,
centre de
formation en
médecine
générale,
Rijksuniversiteit,
Groningen, Pays-
Bas.

Article paru dans
la revue Patient
care de juillet
2003.

En 1960, Graham Greene publiait un roman au titre éloquent : *A Burn out Case*. Il y décrit le parcours d'un architecte cynique et désillusionné qui part en quête de repos dans les régions reculées d'Afrique. Ce titre prémonitoire est rapidement sorti du champ de la littérature pour envahir celui de la médecine.

● Emergence d'un concept

Le psychanalyste américain Herbert Freudenberg est généralement considéré comme le père spirituel du syndrome de burn out. En 1975, il travaillait, en tant que psychiatre bienveillant, dans une *free clinic* new-yorkaise en aide aux toxicomanes. Les intervenants étaient de jeunes volontaires enthousiastes, disponibles et idéalistes.

Freudenberg constate qu'en l'espace d'une année de travail, ces intervenants tombaient presque tous en proie à une vaste gamme de symptômes physiques et psychiques. Fatigue excessive, maux de tête, insomnie, vulnérabilité accrue aux refroidissements, irritabilité, méfiance, frustration, attitude cynique et dépression, telle était la panoplie de plaintes le plus souvent évoquées. Sur le plan professionnel, elles se traduisaient par des réactions d'évitement face aux patients toxicomanes. Freudenberg a

● Caractéristiques du burn out

Au fil des ans, diverses tentatives ont été faites pour définir le burn out.

La définition la plus utilisée est celle qui a été formulée par Maslach¹ : « *Le burn out est un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et de diminution des performances, susceptible d'apparaître chez des individus qui travaillent avec d'autres individus* ». On peut en faire découler trois notions centrales :

- L'épuisement émotionnel : la sensation que la source à laquelle on puise sa résistance émotionnelle est tarie ;
- La déshumanisation de la relation à l'autre : la tendance à ne plus percevoir les patients comme des personnes et à se montrer cynique ;
- La perte de performance : la dépréciation de ses propres prestations et de ses compétences ; le sentiment de ne plus rien réaliser.

Une définition plus large fait état d'un « état d'épuisement physique, émotionnel et mental dû à une exposition prolongée à des situations émotionnellement stressantes² ». Quelques termes de cette définition appellent également une explication :

- L'épuisement physique : se traduit par un manque d'énergie, une fatigue chronique, un état de faiblesse et de nombreux symptômes physiques et psychosomatiques ;
- L'épuisement émotionnel : recouvre des sentiments d'impuissance et de désespoir ainsi qu'une impression d'être pris au piège ;

Mots clés : santé mentale,
relation soignant-soigné.

- L'épuisement mental : fait référence à une attitude négative vis-à-vis de soi-même, de son travail et de la vie.

Enfin, c'est cette définition-ci qui se révèle la plus précise : « *Le burn out est un état dysphorique et dysfonctionnel exclusivement causé par le travail chez un individu ne présentant aucune psychopathologie, qui a, pendant longtemps, fourni des prestations adéquates dans le même travail et qui ne pourra plus atteindre le même niveau sans aide extérieure ou changement d'emploi* »³.

Le burn out est dû à une discordance entre les attentes de l'intervenant et la réalité, situation engendrant une tension émotionnelle et une fatigue. La déshumanisation de la relation à l'autre apparaît au stade ultime. Le burn out est corrélé à différents facteurs ayant trait à la personnalité et aux conditions de travail.

● Evolution du burn out

Le premier stade du burn out est caractérisé par un déséquilibre entre les capacités personnelles de l'intervenant et les exigences de l'entourage, ce qui contribue à générer une sensation de stress. Le second stade est la réaction à cette situation : tension émotionnelle, fatigue et épuisement. Le troisième stade voit apparaître des modifications d'attitude et de comportement qui affectent la relation *même* avec le patient, celle-ci devenant froide et mécanique. Pour certains auteurs, le processus de burn out est caractérisé par un début insidieux. Vient ensuite un long processus d'érosion psychologique, qui se déroule sans que la personne concernée le remarque : une accumulation de mini-facteurs de stress, qui ne semble pas alarmante et qui peut rester longtemps inaperçue.

Le stress semble donc constant dans l'émergence du burn out. Il résulte de la discordance entre, d'une part, les attentes et les idéaux de l'intervenant et, d'autre part, la dure réalité du travail quotidien. Ce stress peut être conscient ou passer longtemps inaperçu. Petit à petit, l'intervenant se sent de plus en plus tendu, ce

qui va modifier le rapport qu'il entretenait avec son travail et ses patients. La gestion de ce stress est évidemment cruciale. L'apparition d'un comportement de fuite et d'évitement favorise l'évolution vers le burn out.

● Burn out et stress professionnel

Le burn out doit être distingué du stress professionnel. Il est caractérisé par une attitude négative à l'égard des patients et du travail, ce qui n'est pas nécessairement le cas dans le stress professionnel. En outre, le stress professionnel peut être ressenti pas tout un chacun, alors que le burn out semble être l'apanage des individus qui se sont donnés à fond dans leur métier dès le départ.

Quant à la dépression, celle-ci est un trouble des affects qui semble être indépendant du contexte, par contraste avec le burn out, qui est lié, lui, au travail.

● Facteurs favorisant

Un certain nombre de facteurs ayant trait à l'individu et au milieu de travail semblent favoriser l'apparition d'un burn out :

- L'âge : entre 40 et 50 ans ;
- L'appartenance au sexe masculin : la déshumanisation des relations est plus fréquente chez les hommes ;
- La difficulté à définir son rôle professionnel ;
- Le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier d'une autonomie professionnelle suffisante⁴ ;
- Le déséquilibre entre l'investissement dans la relation avec les patients et son impact réel, un facteur particulièrement marqué chez les généralistes ;
- La piètre qualité des rapports avec les confrères, voire les conflits ;
- Des faiblesses de caractère : manque de courage, docilité, manque de maîtrise de soi, anxiété, manque de confiance en soi ;
- Le caractère empathique de la personnalité : l'intervenant « toujours prêt », avide de convivialité, de chaleur et d'harmonie court un risque accru.

● Symptômes du burn out

Une personne qui souffre de burn out se sent vide, prise au piège, au bout du rouleau. Envahie par un sentiment d'échec, elle ne tire plus

aucune satisfaction de ses tâches professionnelles et a perdu son amour-propre. L'agressivité ou l'anxiété figure au nombre des symptômes décrits. Une tolérance moindre à la frustration se traduit par des sentiments d'irritation et par un comportement hostile ou suspicieux à l'égard des patients et des confrères. Des troubles de la concentration, des comportements distraits ou indécis, des tics, des signes d'agitation et une incapacité à se détendre ont également été observés. Enfin, le tableau peut également comprendre une fatigue chronique, des rhumes prolongés et une fuite des relations sociales.

D'empathique et impliqué, l'intervenant se transforme progressivement en un individu insensible, distant et cynique. En recourant à des remarques sèches et humiliantes (« L'ulcère de la chambre 14 », par exemple), il s'isole de plus en plus.

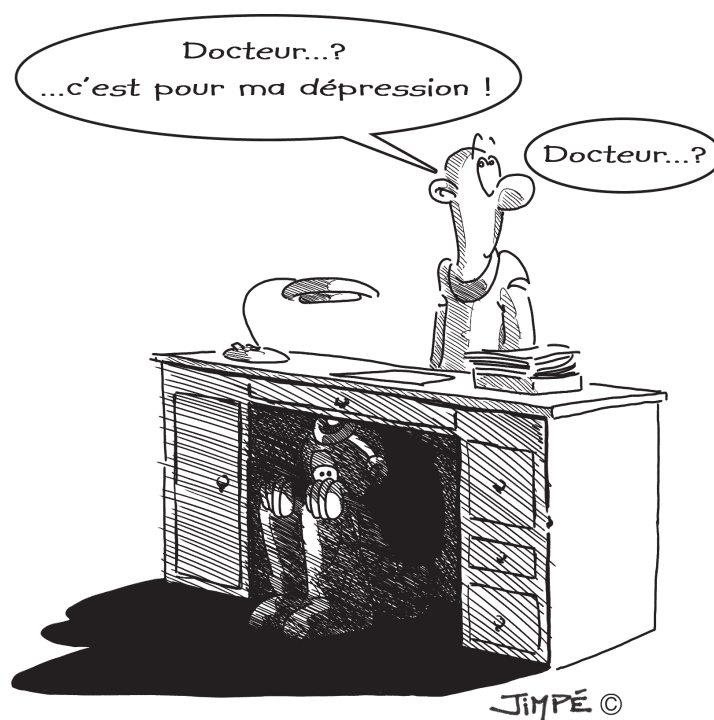
Des attentes irréalistes sont probablement à mettre en cause dans l'émergence d'un burn out chez le généraliste. La difficulté à changer de métier joue également un rôle. La psychothérapie peut être utile.

● Théories à propos du burn out

Pour les adeptes de Freud, le burn out apparaît essentiellement chez les individus qui ont une image idéale d'eux-mêmes. Ils se voient comme des êtres charismatiques, dynamiques, aux ressources inépuisables et extrêmement compétents. Pour conserver cette image, ils ont recours à des stratégies inadéquates, qui épuisent leurs réserves émotionnelles. La conséquence est l'apparition des « 4 D » : *disengagement*, *distancing*, *dulling* et *deadness* (détachement, distanciation, émoussement, vide). Au préalable, le processus de frustration des motivations idéalistes sera passé par quatre stades : enthousiasme, stagnation, frustration et apathie. La difficulté à tempérer ses attentes ou à changer d'emploi joue également un rôle. Par peur de perdre l'illusion de supériorité, le « candidat au burn out » choisit d'épuiser ses réserves émotionnelles.

Dans son métier, le médecin est continuellement confronté aux besoins, aux problèmes

et aux souffrances des patients. Cette lourde charge psychologique peut finir par vider ses réserves émotionnelles et l'amener au premier stade du burn out : l'épuisement émotionnel.



Pour rester efficace, il a alors la possibilité de développer une stratégie de distanciation ou de se rapprocher au maximum tout en maintenant une certaine distance. Malheureusement, cette aptitude professionnelle n'est pas le lot de tous les médecins. Certains réagissent de manière excessive et adoptent une attitude impersonnelle, négative et cynique dans laquelle l'implication initiale a fait place à une indifférence totale. Cette « déshumanisation » est la deuxième phase du processus de burn out. C'est en fait une stratégie d'ajustement défensive vis-à-vis de l'épuisement émotionnel, qui entrave davantage la relation avec les patients : l'épuisement ne s'en trouve pas réduit mais augmenté.

A partir de ce moment, le médecin n'arrive plus à fournir ce qu'on attend normalement de lui. Un sentiment d'incompétence est en train de s'installer : troisième phase du processus de burn out.

Commence alors une spirale descendante. Le sentiment d'incompétence s'accroît, renforce l'épuisement émotionnel et accroît la déshumanisation de la relation.

● Prise en charge

Diverses mesures peuvent contribuer à réduire les phénomènes de burn out :

- Entraînement à la gestion du stress, thérapie émotive-relationnelle, restructuration cognitive et jeux de rôle, exercices de relaxation, gestion du stress, « self-monitoring », gestion du temps, entraînement aux aptitudes sociales, entraînement à l'affirmation de soi⁵ ;
- Exercice physique et hygiène alimentaire ;
- Participation à des groupes d'entraide entre confrères.

Pour éviter le « choc de la réalité » chez les généralistes en formation, il y a lieu de prévoir un enseignement axé sur la suppression des attentes idéalistes et sur l'acquisition d'une image réaliste de la profession.

Un recours à la théorie de l'équité, bien connue en psychologie, est utile pour comprendre les attentes irréalistes des médecins⁶. Selon cette théorie, les individus évaluent leurs relations avec autrui en termes de gratification, de coût, d'investissement et de bénéfice. Dans leur esprit, ce qu'ils investissent dans une relation et ce qu'ils en retirent doit être proportionnel à ce que l'autre intervenant investit et retire. S'il y a inégalité dans la relation, le trouble s'installe.

Or, la relation entre le médecin et son patient est par nature inéquitable. Le médecin est censé apporter attention, soins, soutien, aide, conseils, tandis que le patient ne fait que recevoir.

Les médecins particulièrement sensibles au burn out attendent, de la part de leurs patients, d'être récompensés de leur investissement par une reconnaissance et un effort à vouloir guérir. Or, les soignés, en sollicitant de l'aide, considèrent l'intervention médicale comme allant de soi. À cela s'ajoutent indiscipline et défaut d'observance, qui, bien souvent, expliquent l'absence de succès thérapeutique. Certains prestataires de soins ressentent cet état de choses comme extrêmement injuste.

La plupart des médecins présentant des symptômes de burn out continuent néanmoins à travailler. Les idéalistes, très impliqués, âgés de quarante à cinquante ans sont les plus exposés. Comme le faisait remarquer Pines, un psychologue américain : « Pour pouvoir être consommé, il faut d'abord s'être enflammé ». Néanmoins, il est rassurant de constater que,

face au burn out, un large éventail d'interventions thérapeutiques se révèlent efficaces. On pourrait en conclure que le seul fait d'en parler produit un effet bénéfique. Enfin, notons qu'il en va du burn out un peu comme de la grippe : sa fréquence élevée ne devrait-elle pas contribuer à le dédramatiser ? ●

Références

- (1) Maslach C, Jackson SE, *Maslach Burnout Inventory Manual*, Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1986.
- (2) Pines A, Aronson E, *Career Burnout : causes and Cures*, New York: Free Press, 1988.
- (3) Brill PL, « The need for an operational definition of burnout », *Family & Community Health*, 6 : 12-24, 1984.
- (4) Homborgh P van den, Grol R, Hoogen HJM van den , Bosch WJHM van den, « Werkbelasting en ervaren werkdruk van de huisarts », *Huisarts wet*, 40 : 376-81, 1997.
- (5) Dierendonck D van, Buunk AP, Schaufeli WB, « The Evaluation of an Individual Burn out Intervention Program: The Role of Inequity and Social Support », *Journ Applied Psych*, 83 (3) : 392-407, 1998.
- (6) Dierendonck D van, Schaufeli WB, Buunk AP, « Inequity Among Human Service Professionals: Measurement and Relation to Burn out », *Basic Applied Soc Psych*, 18 (4): 429-451, 1996.
- (7) Schaufeli WB, Buunk AP, Professional Burn out in Schabracq MJ Winnubst JAM, Copper CL (Eds) *Handbook of Work and Health Psychology*, John Wiley & Sons Ltd, 1996.

Burn out : biographie d'un concept



Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.

● 1969

Première trace du terme burn out, utilisé par H.B. Bradley dans un article « Community-based treatment for young adult offenders » publié dans *Crime and Delinquency*, où l'auteur le définit comme un stress particulier lié au travail.

● 1974

Première description par la psychiatre Freudenberg qui décrit une perte d'enthousiasme accompagnée de divers symptômes physiques (fatigue, insomnie, maux de tête, troubles gastro-intestinaux) chez les bénévoles travaillant depuis quelques temps dans la clinique pour toxicomanes qu'il dirige à New York et confrontés à la résistance des patients au changement. Pour Freudenberg, le burn out est un état de fatigue chronique, de dépression et de frustration apporté par la dévotion à une cause, un mode de vie ou une relation qui échoue à produire les récompenses attendues et conduit en fin de compte à diminuer l'implication et l'accomplissement au travail. C'est la maladie du battant.

● 1976

Christina Maslach, chercheur en psychologie sociale, s'intéresse aux stratégies que déploient les soignants pour faire face à la charge émotionnelle de leur profession et constate que ses observations se retrouvent également chez des avocats exerçant auprès de personnes en difficultés sociales. Elle forge l'hypothèse que travailler avec d'autres, en particulier dans une relation d'aide, est au cœur du problème. Contrairement à Freudenberg qui insistait sur les facteurs personnels, elle situe davantage les causes du burn out dans l'environnement de travail.

● De 1974 à 1980

Depuis ses premières descriptions, le concept de burn out explose : on retrouve pas moins de quarante-huit définitions différentes dans la littérature publiée à ce sujet entre 1974 et 1980. En 1980, Cherniss propose une vision transactionnelle du burn out, où l'individu et l'environnement ne sont pas des entités séparées mais les composants d'un processus qui

s'influencent mutuellement et continuellement. Le déséquilibre entre les exigences du travail et les ressources de l'individu provoque un stress qui conduit à une tension, une réponse formée de fatigue, d'épuisement émotionnel, d'anxiété et aboutit à des changements de comportement, des stratégies qui représentent une fuite psychologique. Autre conception, celle de Alaya Pines, publiée en 1982 : d'après elle, le travail représente pour nombre d'individus une quête existentielle. Le burn out s'installe quand cette quête échoue ou plus précisément quand l'individu perçoit que, malgré ses efforts, il ne peut avoir un impact significatif sur son environnement.

● 1981

La définition la plus suivie sera celle de Maslach et Jackson, publiée en 1981, qui décrit le trépied : épuisement émotionnel, dépersonnalisation (déshumanisation) et réduction de l'accomplissement personnel (démotivation) chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. Ces trois piliers permettront la constitution d'un instrument de mesure du burn out : le *MBI* ou *Maslach Burn out Inventory*, outil qui est sans doute à la base du succès de cette définition (le burn out devient ce que définit le *Maslach Burn out Inventory*...).

● 1996

Depuis les premières définitions, les recherches ont mis en évidence que les facteurs d'organisation du travail pèsent sur chacune des dimensions du burn out, quel que soit le champ professionnel étudié. Pour Leiter et Schaufeli (1996), « le burn out est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail », y compris les occupations qui n'impliquent pas une relation d'aide. Le *MBI* original, requalifié en *MBI Human Service survey* et qui reste employé auprès des professionnels de la relation, est étendu en *MBI General Survey* qui s'adresse à l'ensemble des individus au travail.

● Aujourd'hui

Les recherches sur le burn out continuent. Si des progrès théoriques permettent de comprendre mieux les processus sous-jacents, nous n'avons toujours pas de réelle théorie du burn

Mots clés : santé mentale,
travail et santé.



tensions contemporaines entre facteurs organisationnels, interindividuels et intra-individuels. Il est à regretter que, dans les recherches sur le burn out, les analyses du premier facteur se cantonnent souvent au niveau micro-organisationnel ou micro-social au détriment de leur niveau « macro » tandis que beaucoup d'efforts sont faits pour identifier la part des variables de personnalité, « intra-individuels ». De même, au niveau interindividuel, belle part est faite au contact des clients, surtout ceux qui sont difficiles, tandis que l'environnement dans lequel se déroulent ces contacts attire moins l'attention des chercheurs. Pourrait-on parler d'un escamotage de la dimension socio-politique du burn out ? ●

out, nous manquons de perspectives intégratrices. Alors que les premiers travaux sur ce concept relevaient surtout des différentes branches de la psychologie, les développements actuels se situent clairement dans une conception pathogénique de la santé et la question qui se pose est : « pourquoi les individus souffrent-ils au travail ? ». Approche qui a fait surgir la question inverse, « salutogénique » : « pourquoi les individus profitent-ils des bienfaits de leur travail ? ». En fait, il s'agit de redéployer la signification que prend aujourd'hui le travail pour l'individu.

● **Un concept en évolution avec son époque**

Tous les auteurs s'accordent sur ce point : le burn out prend sa source dans l'environnement de travail. Mais en trente ans, les conditions de travail ont changé (tertiarisation accrue, culture managériale, flexibilité, rarefaction et insécurité de l'emploi, féminisation, dérégulation, perte de statut de certaines activités professionnelles, etc.) et la conception même du travail a évolué : l'idéal professionnel recule devant les valeurs du soi, matérialisées entre autres par la primauté des aspects économiques, l'intériorisation des contraintes et l'importance accordée à la vie privée, désormais sphère privilégiée de la réalisation de soi, d'affiliation et de tissage du lien social. Le concept de burn out tend ainsi à s'éclater en diverses formes et à refléter les



La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière

De quoi se nourrit le burn out des infirmières et quels sont les moyens mis en place au niveau individuel et institutionnel pour y faire face ?

sourire et le merci d'un malade dont je me suis occupé est la plus belle récompense dans le métier ». La satisfaction au travail est souvent associée aux bonnes relations avec les malades (Paugam, 2000). Mais entre cet idéal et la réalité, les écarts sont parfois cruels et les infirmières expérimentées reprochent souvent aux élèves-infirmières ou aux débutantes cette vision romantique du métier. Cette déception à l'égard des malades et le repli sur les procédures réglementaires constituent des manifestations typiques de ce que les infirmières qualifient « d'usure professionnelle » et les psychologues de burn out. Les difficultés relationnelles sont d'autant plus des sources d'insatisfaction pour l'infirmière que celle-ci conçoit son rôle comme un rôle d'aide et de protection pour une personne en situation de faiblesse. L'agressivité du malade doit être acceptée et il ne reste à l'infirmière qu'à « prendre sur soi ».

Marc Lorient,
docteur en
sociologie,
chargé de
recherches au
Centre national
de recherche
scientifique,
Paris I.

Article paru dans
la revue *Prévenir*
n° 40 « Travail et
santé », 2001.

En raison des responsabilités, du contact avec la souffrance, la mort et la saleté et d'une pratique professionnelle qui s'appuie sur des compétences difficiles à objectiver, l'activité infirmière est généralement perçue comme stressante et fatigante. La fatigue, même dans sa dimension physique, est souvent associée à la relation au malade : ainsi, le mal de dos est autant lié au sentiment de ne pas pouvoir entretenir de bons rapports avec les patients qu'au port effectif de charges lourdes (Harber, 1988 ; Lorient 2000), la fatigue des jambes exprime également les difficultés (matérielles, organisationnelles ou psychologiques) qu'il peut y avoir à s'asseoir pour prendre le temps d'échanger quelques mots avec un malade (Estryn-Béhar, 1997). Cela est encore plus évident lorsque l'on aborde le stress et la fatigue mentale.

● L'idéal et la réalité

Dans l'imaginaire infirmier, l'investissement personnel du soignant a pour récompense la reconnaissance du malade : « J'ai un métier relationnel que j'aime et qui m'apporte énormément de satisfactions [...] : soulager la douleur physique et morale, aider les malades à passer le cap difficile de la maladie... Le

Le travail sur l'humain, notamment lorsqu'il s'agit de porter secours à celui qui est fragilisé par la maladie, est nécessairement porteur d'une forte charge émotionnelle. Mais dans le même temps, le travail relationnel est porteur d'incertitudes : il n'est pas possible de prévoir comment l'autre va se comporter, va recevoir le service, s'il va exprimer ou non de la reconnaissance, de la gratitude. La réalité peut donc facilement différer de la situation idéalisée par l'idéologie professionnelle. Les théories psychologiques sur le burn out se présentent comme un moyen de dépasser cette incertitude, comme un discours sur la bonne relation au « client ». Elles s'inscrivent ainsi dans un processus de rationalisation du travail relationnel : l'engagement personnel incontrôlé doit laisser la place à une distanciation toute professionnelle.

Le plus souvent les malades ne sont pas agressifs avec l'infirmière, mais la reconnaissance de son travail reste problématique. Si le malade est capable de reconnaître la gentillesse, celle-ci ne constitue pas une compétence professionnelle. Les infirmières interrogées reprochent parfois aux malades ou à leur famille de ne pas suffisamment reconnaître leur travail « relationnel », de ne valoriser que le soin médical et non le soin infirmier ; ainsi cette infirmière de pneumologie pédiatrique : « La prescription est

Mots clés : santé mentale, soins infirmiers, travail et santé, relation soignant-soigné.

hiérarchiquement beaucoup plus valorisée que sa bonne exécution qui représente beaucoup de travail pour l'infirmière : physique, psychologique et affectif. Faire manger un enfant malade ou le persuader d'absorber un médicament relève souvent de l'exploit, compte tenu de l'énergie et de la patience que cela requiert. Malgré cela, la plupart du temps, seule est reconnue l'action du médecin par la famille. » Cet exemple du soin aux enfants illustre la difficulté de faire reconnaître comme compétence professionnelle ce qui peut sembler si proche d'un savoir profane (nourrir et réconforter un enfant). Le travail de l'infirmière doit être compris comme étant d'une autre nature que celui que pourrait faire la famille ou une personne dévouée.

L'infirmière est en fait prise dans une sorte de dilemme : soit elle opte plutôt pour le dévouement au malade, acceptant ses sautes d'humeur, les prenant sur elle ; sa gentillesse peut être reconnue, mais pas forcément car le malade n'a pas la même vision de la situation que l'infirmière. De plus sa compétence spécifiquement professionnelle est ignorée, ce qui risque de rendre plus problématique l'estime de soi et la reconnaissance dans le travail. Soit, pour éviter cette souffrance, l'infirmière refuse « d'excuser » le malade de sa non-compliance et se replie sur les aspects techniques et administratifs de son travail, sur le groupe des pairs. Mais alors, elle perd ce qui est censé fonder, dans les représentations professionnelles, le sens de l'activité infirmière, la source de la satisfaction au travail.

Le travail émotionnel

Pour surmonter ces différentes sources potentielles de souffrance de fatigue ou de stress, l'infirmière met en œuvre, le plus souvent en relation avec ses collègues et les autres membres de l'équipe, un travail sur ses propres émotions et ses représentations. Sans parler des actions destinées à maîtriser les réactions des patients, le travail émotionnel (Hochschild, 1983) peut prendre deux grandes formes : un travail de contrôle de son humeur et de son émotivité du moment, un travail sur ses représentations, la façon de percevoir et de ressentir les événements pénibles.

● La juste distance, une notion ambiguë

Dans le premier cas, plusieurs techniques, plus ou moins formelles, permettent, comme les infirmières le disent elles-mêmes, de « prendre du recul ». La plus simple est de se retirer provisoirement de la relation et du travail : « En fait, ça se gère, le stress, il suffit de se dire : Je n'ai aucune relation utile avec cette personne, il n'y a pas de raison que ça me prenne la tête, je ne rentre pas dans son jeu ! Alors je vais aller dans la salle de soin, je vais aller demander à une collègue de me remplacer pendant un moment, je vais me prendre un verre d'eau et puis fumer une cigarette, je vais souffler » (pool infirmier). Mais cela n'est pas toujours possible et il est souvent nécessaire de savoir contrôler ses émotions dans la relation même. Le principal moyen d'y parvenir est de ne pas prendre pour soi la souffrance ou l'agressivité adressées à l'infirmière. Pour cela, il faut distinguer, d'une certaine façon, la personne de la fonction, séparer, comme le disent certains cadres infirmiers, le « moi personnel du moi professionnel », le rôle, de celle qui l'exécute. Dans la plupart des métiers relationnels, les discours sur la « juste distance » sont très fréquents. La distanciation, en effet, ne doit pas donner l'impression que l'on se désintéresse de l'autre, ce qui nuirait à la qualité du travail et rendrait encore plus mauvaises les relations. Mais comment donner de l'affection, de l'empathie sans s'engager personnellement ? Quand une réponse est apportée, elle est de l'ordre de la technique, comme par exemple le « touché affectif » qui précise les gestes à mettre en œuvre et leur durée pour calmer certains malades agités (Druhle, 2000). Une telle approche mécaniste risque vite de devenir humiliante pour celui qui la met en œuvre comme pour celui qui la reçoit.

● Positiver

L'autre grand moyen de contrôler ses émotions est d'agir sur les représentations ou le sens que l'on donne à la situation. Face à un malade agressif, il s'agit d'interpréter son agressivité comme la conséquence de son état de santé ou de son angoisse et non comme une attaque personnelle. C'est le cas, par exemple, de cette infirmière de gynécologie. Les femmes qui avortent plusieurs fois de suite sont pour elle une source de contradiction entre son système

normatif et ses réactions personnelles : elle sait que son rôle de soignante lui dicte de s'occuper de la même façon de toutes les patientes, même de celles qu'elle désapprouve. « La plupart des opérées ont faim en revenant du bloc [...], elles ne pensent qu'à manger, à fumer. On peut se dire que quand même, je peux dire le mot parce que c'est vrai, elles viennent de tuer un bébé [...]. Il y a beaucoup de gens que ça choque, je peux comprendre pourquoi. » Mais ce comportement est accepté et excusé en étant retraduit en une question purement physiologique : « Si elles réclament à manger, c'est parce qu'elles sont encore enceintes, parce que les hormones circulent quand même, donc elles ont faim comme toute femme enceinte à jeun. » Le repli sur l'aspect technique du travail est accepté parce qu'il fait l'objet d'un consensus au sein de l'équipe en accord avec le chef de service et la psychologue qui contribue à faire accepter les réactions des patientes comme « normales ».

De même, il est parfois possible de positiver ce qui est traditionnellement attaché à des valeurs négatives. Dans les services de soins palliatifs, par exemple, on observe, au moins dans les discours, un processus d'inversion des valeurs : la mort se voit chargée d'une certaine dimension positive, le mourant est investi d'un savoir, d'une expérience, dont ne disposerait pas le commun des mortels. Le contact avec la mort et les mourants peut alors être présenté comme enrichissant, voire intéressant pour le personnel soignant. De même, les établissements recevant un grand nombre de sans domicile fixe, comme l'hôpital Max Fourestier de Nanterre, peuvent encourager des discours semblables : « On prend l'habitude du contact avec ces personnes. Elles ne sont pas du tout déplaisantes, bien au contraire... C'est même très plaisant de travailler avec eux, je pense. C'est vrai qu'en dialoguant avec eux, on apprend énormément de choses. Donc, une fois qu'ils sont biens rétablis, parce qu'ils viennent souvent pour la même pathologie, on peut dialoguer avec eux et c'est vrai qu'ils sont très intéressants. On apprend pourquoi ils sont dans cet état là... C'est enrichissant, quand même. » (pool infirmier).

● Un sens « collectif »

Pour être efficace, une telle représentation de

la confrontation avec la misère ou la mort comme expérience potentiellement intéressante ou enrichissante doit à la fois s'inscrire dans une « théorie » globale pouvant expliquer la nature de cet intérêt et être reprise et constamment réaffirmée par le petit groupe des collègues. Il est très difficile d'être seul à croire à une définition de la réalité que ne partage pas son entourage. Une infirmière qui serait seule dans un service à déclarer aimer travailler auprès de malades connaissant de grandes souffrances serait considérée comme « sadique ». La construction de ce type de stratégie collective n'a rien d'évident. Elle nécessite une certaine stabilité et une certaine vie sociale dans l'équipe (d'où l'importance souvent soulignée des pauses café et cigarette). Les nouvelles arrivantes doivent être « initiées » si elles ne veulent pas prendre le risque d'être rejetées ou de faire éclater le groupe. D'après les entretiens, la représentation de la misère comme expérience intéressante est plus évidente et moins discutée à l'hôpital Max Fourestier, qui a depuis longtemps une tradition d'accueil des personnes en grande pauvreté, qu'aux urgences de Laënnec, où la prise en charge des sans domiciles fixes est un phénomène plus limité.

Par comparaison avec l'infirmière actuelle, l'infirmière « religieuse », ou du moins son idéal type, était sans doute mieux armée pour transformer symboliquement l'expérience de la mort, de la souffrance ou de la misère en une expérience valorisante. La religion chrétienne, à travers l'image du Christ souffrant sur la croix pour sauver l'humanité, offre en effet un schéma pré-construit de transformation de la souffrance en valeur positive. Aujourd'hui, les références religieuses explicites sont rares et ne peuvent plus constituer le fondement d'un travail de reconstruction collective de la réalité. Une autre théorie globale des rapports entre l'homme et son environnement est nécessaire. Il semble que se dessine une « vulgate » psychologique qui fait de l'expérience de situations inhabituelles et des rencontres de personnes différentes une source d'enrichissement personnel. A la question : « que pensez-vous de l'expression, le travail c'est la santé ? », il a été obtenu la plupart du temps une réponse positive. L'explication la plus fréquente repose sur l'idée que « voir des choses différentes », « rencontrer des gens intéressants », « voir du monde »

constituait un facteur de « santé morale », donc de santé tout court. Dans la « nouvelle » psychologie élaborée pour les soignants, l'expérience peut être soit traumatisante, soit enrichissante, mais elle a forcément une action sur le psychisme individuel et le soignant doit tout faire pour qu'elle soit positive. Dans un guide sur la gestion du stress des soignants (Choque, 1993, p. 110) il est ainsi précisé : « Tout ce qui nous arrive peut être source de maturation et les notions d'échec, de succès, se transforment en notions d'expérience. Cette attitude nous permet également d'être toujours prêts au changement puisque nous acceptons la réalité du moment présent, et de ne pas craindre la nouveauté : tout ce que je fais aujourd'hui me servira demain à vivre encore mieux de nouvelles situations ». Dans ce cadre théorique, il est possible de penser l'expérience de la douleur ou de la mort d'autrui comme enrichissante ou de penser qu'une personne proche de la mort ou ayant connu des phénomènes d'exclusion a des choses intéressantes à communiquer à ses prochains.

Pour élaborer et conserver de telles représentations, les discussions avec les autres membres de l'équipe sont nécessaires. Plusieurs recher-

ches récentes en psychologie ont montré que le fait de parler de ses émotions négatives à autrui pouvait avoir un effet positif pour la santé, non pas par un effet de catharsis ou d'abréaction, comme le pensaient Freud ou Breuer, mais parce que cela est souvent l'occasion de construire collectivement un sens acceptable pour les événements à l'origine des émotions en question (Rimé, 2000). Ces échanges peuvent parfois prendre une forme particulière et quasi institutionnalisée dans les « groupes de parole » qui se réunissent régulièrement dans certains services ou certains hôpitaux sous la direction d'un psychologue ou d'un psychanalyste.

Du travail émotionnel à la gestion du stress

Le travail émotionnel qui permet de supporter les pénibilités psychiques propres au métier d'infirmière est à la fois important et difficile à mettre en œuvre. C'est le cas notamment quand la charge de travail augmente sous l'effet conjugué des restrictions en termes d'effectifs et de l'intensification des soins liée au progrès technique et à la réduction des durées de séjour. Les manifestations infirmières de 1988 et 1991 ont mis en avant ces difficultés liées aux conditions de travail et aux effectifs. Pour les infirmières, une des principales revendications était l'augmentation des effectifs de façon à réduire la charge de travail, jugée excessive, et ainsi permettre aux soignants de mieux assurer auprès des patients leur mission psychosociale. L'amélioration des conditions de travail, la revalorisation du statut au sein des professions médicales et la difficulté à réaliser le travail relationnel constituent le cœur de ce qui a été qualifié de « malaise infirmier ».

Face à ces revendications, le ministère en charge de la santé et les directions hospitalières vont réagir en développant de façon formelle et organisée un travail psychologique de gestion du stress et de l'épuisement émotionnel qui semble se faire plus difficilement spontanément. A l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, par exemple, des salles de détente sont mises à la disposition du personnel, dans certains services, des groupes de paroles sont





constitués, des formations à la gestion du stress sont proposées et des informations sur le burn out (articles dans les revues internes, brochures d'information...) sont diffusées auprès du personnel. Les programmes de formation à la gestion du stress témoignent de la volonté de gérer des problèmes ayant une dimension globale par une action sur le mental des individus. Voici à titre d'exemple comment la responsable d'un important centre de formation parisien, Line Masson, présente ce type de stage dans un article d'une revue professionnelle¹ : « Les échanges en groupe permettent de porter un autre regard sur la question du stress. D'une agression extérieure à l'organisme ne pouvant que le meurtrir, il devient une perturbation dans l'interaction organisme/environnement. C'est souvent la réaction au trouble provoqué qui favorise ou amplifie la souffrance intérieure ». Comme le précise l'auteur, il s'agit de travailler sur « l'imaginaire » et « la dimension fantasmagorique des difficultés rencontrées » (sic), ce qui correspond finalement à une sorte de méthode Coué : « Changer son cinéma intérieur permet de modifier ses réactions internes physiques et émotionnelles ». Ces idées constituent le point central des techniques de gestion du stress et de l'épuisement professionnel. Il s'agit de professionnaliser le travail relationnel pour faire de l'engagement émotionnel une simple question technique. Ainsi, dans un service de réanimation pédiatrique, le psychiatre Pierre Canoui propose, pour aider les soignants à faire face à la mort, de « considérer la mort de la même manière et avec autant de précision et de rigueur que si l'on abordait un syndrome ou une maladie nouvelle, de façon à ce que la prise en charge soit pensée presque selon un plan de soin ou un protocole intégrant toute l'équipe médicale ». Il faut transformer ce qui pourrait être vécu comme une situation d'impuissance et de souffrance individuelle en une situation où chaque catégorie de soignant a une tâche précise à réaliser en vue d'un objectif positif.

Cette vision du stress ou du burn out comme conséquences d'une insuffisante professionnalisation est paradoxalement bien acceptée par les infirmières qui y voient surtout une reconnaissance implicite de leur fort engagement personnel. Une telle acceptation de cette psychologisation des conditions de travail ne se retrouve pas forcément dans d'autres groupes

professionnels. Les techniques psychologiques de gestion du stress peuvent être une aide pour le salarié si elles s'inscrivent dans une organisation du travail qui permet la construction d'une identité positive. Mais de telles techniques peuvent avoir des répercussions négatives — irritabilité avec les proches ou au contraire difficultés à exprimer ses sentiments dans la vie quotidienne ou à se révolter contre les injustices — quand les salariés ne s'y reconnaissent pas. ●

Références bibliographiques

Choque S. et J., *Guide anti-stress. Le bien-être des soignants*, Lamarre / Les Editions Agence d'Arc, 191 p., 1993.

Druhle M., « Le travail émotionnel dans la relation soignante professionnelle » dans *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail* (dirigé par Cresson G. et Schweyer F.X.), Rennes, Édition de l'ENSP, pp. 15-29, 2000.

Estryn-Béhar M., *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, ESTEM, 245 p., 1997.

Freudenberger H.J., « Staff Burn out », *Journal of Social Issues*, XXX, 1, 159-165, 1974.

Harber P., « Nurses Beliefs about causes of occupational back pain », *Journal of Occupational Medicine*, XXX, n. 10, 797-800, 1988.

Hochschild A., *The Managed Heart. Commercialization of human feeling*, Berkeley, University of California Press, 307 p, 1983.

Loriol M., *Le temps de la fatigue. La gestion du mal-être au travail*, Paris, Anthropos, coll. « Sociologiques », 2000.

Maslach C., « The Client Role in Staff », *Burn out, Journal of social issues*, XXXIV, 11-24, 1978.

Paugam S., *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 437 p, 2000.

Rimé B., « Faut-il parler de ses émotions ? », *Sciences Humaines*, n° 104, p. 16-20, 2000.

(1) Revue de l'infirmière, janvier 1994.

La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et les volontaires d'une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES)

Contrôle de soi et juste distance au malade

Marc Loriol, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de recherche scientifique, Paris I, et **Jean-Marc Weller**, docteur en sociologie, chargé de recherches au Centre national de la recherche scientifique au Laboratoire techniques, territoire et sociétés (LATT), Ecole nationale des ponts et chaussées.

Partie des actes du XXVII^{ème} congrès de la Société d'ergonomie de langue française à Aix-en-Provence en 2002.

Mots clefs : santé mentale, soins infirmiers, travail et santé, relation soignant-soigné.

.....

Pour répondre au stress des infirmières, tout un discours et de véritables techniques de « prescription des émotions » se sont développés autour de « l'intelligence émotionnelle ». Qu'implique cette invitation à gérer ses émotions à l'aide de techniques, pour les infirmières, pour leur relation avec les patients, et en termes de politique d'organisation du travail ?

.....

Alors que la sociologie du travail et des organisations a abordé occasionnellement la question des émotions et des états affectifs (Fineman, 1993), l'ergonomie semble avoir longtemps laissé de côté ce thème (de Montmollin, 1996). Présentées comme trop irrationnelles ou comme renvoyant à la « personnalité », les émotions ont été perçues comme un objet dangereux qui risquait de mener au subjectivisme ou à la psychologisation excessive des difficultés rencontrées dans le travail.

● Développer une intelligence émotionnelle

C'est à travers les préoccupations récentes pour la question du stress que le thème des émotions au travail a connu un nouveau regain d'intérêt. Les travaux des psychologues, notamment d'orientation cognitivo-comportementale

(Lelord, André, 2001 ; Légeron, 2001), ont alors été mobilisés pour développer tout un discours prescriptif autour de la nécessité de plus en plus grande, dans le monde du travail contemporain, de développer une « intelligence émotionnelle » (Goleman, 1999). Renouvelant la théorie évolutionniste, ces auteurs attribuent deux grandes fonctions aux émotions humaines : l'adaptation à son environnement et la communication avec autrui. D'une part les émotions agissent comme des guides qui peuvent nous aider à prendre les bonnes décisions en fonction du contexte et de l'expérience accumulée, et d'autre part, elles permettent aux personnes en interaction de sentir l'effet produit sur l'autre et facilitent l'ajustement mutuel. Les personnes qui pour des raisons physiopathologiques seraient incapables de ressentir leurs émotions et celles des autres seraient ainsi gravement handicapées socialement. Toutefois, pour ces auteurs, les grandes émotions humaines seraient le produit d'un processus multi-millénaire de sélection-adaptation, bien plus lent finalement que les transformations des exigences du travail durant ces derniers siècles. D'où un risque de désajustement entre des émotions basées sur l'adaptation à un univers dangereux et incertain (le *flight or fight* du chasseur-cueilleur) et les besoins coopératifs et relationnels de l'économie de plus en plus tertiaisée. La « solution » alors, serait d'aider chacun à gérer et contrôler ses émotions afin d'en faire un atout et non un obstacle.

Avec la montée en puissance du thème fourre-tout du stress au travail, la focalisation sur le service au client, la relation d'aide, force est de constater l'importance croissante des dispositifs managériaux concernant le travail émotionnel dans les métiers de contact. La réaction première du sociologue ou de l'ergonome (au moins pour celui s'intéresse plus aux situations de travail qu'aux différences individuelles entre travailleur) est de critiquer cette tendance, de souligner les effets d'occultation qu'elle peut avoir sur les débats autour des conditions et de l'organisation du travail. Une telle critique, pour

être intéressante et pertinente, suppose toutefois une analyse détaillée des conditions, des formes et des effets de ces nouvelles pratiques de prescription émotionnelle. D'autant que derrière cette apparente importance, il y a certainement des usages variés.

C'est pourquoi on propose la comparaison de deux terrains, certes différents, mais qui impliquent tous les deux de la part de l'intervenant une démarche d'aide et une confrontation à la maladie : infirmière hospitalière dans différents services de soins et bénévoles dans une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES). Ces enquêtes ont été menées sur la base d'entretiens et d'observations. Le thème de la prescription imposait un recours important aux discours (entretien, manuels ou guide de formation, conseils de tous ordres donnés par des « thérapeutes » ou des aidants expérimentés et/ou en position de domination hiérarchique). Cela est d'autant plus nécessaire que la vie émotionnelle est intime, et même si elle peut transparaître dans certaines expressions du visage, elle n'est pas forcément facile à observer. Elle s'exprime en effet dans tout un ensemble de codifications sociales et des processus de construction collective auxquels participent justement les pratiques de prescription émotionnelle que l'on souhaite étudier ici.

Peut-on prescrire les états affectifs dans le travail relationnel ?

Comment le face-à-face avec le malade est-il pensé et mis en forme ? La question de la prescription dans les activités soignantes et plus encore quand il s'agit de « bénévoles », de « volontaires » dans le langage de AIDES, peut sembler à première vue relativement complexe. Si l'on limite le prescrit à « ce que la hiérarchie

spécifie formellement, oralement ou par écrit (consignes, notices, règlements...) » (de Montmollin, 1996), force est de constater qu'il n'existe que peu de règles générales organisant ce que doit être le travail de l'infirmière ou du « volontaire », notamment dans sa dimension relationnelle. Cela peut s'expliquer par le caractère personnalisé et imprévisible des relations humaines qui ne peuvent pas être aisément coulées dans des cadres trop rigides, d'autant que d'un service à l'autre, d'une organisation caritative à une autre, les modes d'organisation et de division du travail peuvent être très variables.

La difficulté de définir à priori la forme que doit prendre le travail relationnel dans les deux organisations étudiées tient également pour une part à leur mode de fonctionnement et leur « idéologie ». Si l'hôpital est une structure technico-administrative lourde devant assurer la coordination de nombreux intervenants, le travail, du fait de son caractère complexe et imprévisible, ne peut y être totalement prescrit par la direction centrale. Le spécialiste des organisations Henry Mintzberg (1982) a qualifié de « bureaucratie professionnelle » ce fonctionnement dans lequel la régulation est assurée à travers la standardisation des qualifications. Ce type d'organisation contrôle la qualité du travail en s'assurant que ses membres répondent à des qualifications bien définies et sanctionnées légalement. Par exemple, l'hôpital peut difficilement contrôler la façon dont chaque infirmière va réaliser telle ou telle injection. L'hôpital va plutôt s'assurer d'embaucher des infirmières qualifiées, qui ont obtenu une formation reconnue en soins infirmiers et dont les compétences sont certifiées par un ordre professionnel ou un autre système de vérification des qualifications. Dès lors, il est possible de considérer que les règles professionnelles peuvent tenir lieu de prescription. Or, les réflexions récentes sur les « règles de métier » associées au travail infirmier accordent une grande place à la façon de gérer les émotions liées au contact avec autrui.

L'origine associative du travail de AIDES marque bien évidemment le sens, l'image, que ses membres veulent donner de leur action. Si l'on partage l'idée que les techniques de prescription émotionnelle entendent instrumenter le travail autant qu'elles refabriquent le travailleur lui-même, le dotant de qualités et d'intérêts de manière bien précise, on ne peut que remarquer que le travail militant et le travail soignant diffèrent largement. En effet, dans le cas de AIDES, les prescriptions émotionnelles s'inscrivent fondamentalement dans un rapport d'égalité entre l'accueillant, l'association et l'accueilli. La fiction politique implicite est celle d'une démarche de santé communautaire (la communauté des malades du SIDA et de tous ceux qui font l'expérience du SIDA dans leur vie, en étant directement exposé ou touché par l'atteinte d'un proche, d'un conjoint, d'un enfant, d'un parent). Cela ne signifie pas qu'il n'y ait pas de tensions, d'inégalités ou de rapports de force naturellement. Mais le contrôle de soi et la distance à l'autre se jouent selon une figure très particulière qui est l'accueil et l'accompagnement de malades qu'on construit a priori comme des proches (Weller, 2002). Les techniques de prescription émotionnelle sont censées équiper les accueillants dans leur capacité à se protéger (affectivement) et à se sentir (politiquement) proches simultanément. Le cas du travail salarié plus classique diffère certainement sur ce point : comment introduire une certaine proximité dans des rapports qui à la base sont des rapports d'inégalité (entre le soignant et le soigné, entre le soignant et sa hiérarchie). On ne peut donc formellement parler de « prescription » au sein de AIDES. En effet, à la différence du travail infirmier, le travail des bénévoles de l'association ne se déroule pas dans un espace de subordination : le volontaire n'a pas authentiquement de hiérarchie, et donc la prescription n'est pas exactement du même ordre que dans le cadre du travail salarié.

Reste qu'il y a un intérêt quand même à comparer les deux terrains. Tout d'abord pour des raisons historiques. Les militants d'une association comme AIDES ont certainement contribué à faire circuler, au sein de l'hôpital et du milieu infirmier, des techniques relationnelles inédites (autour du thème de l'accompagnement et de la mort : les réflexions de AIDES sont inaugurées par un psychiatre - et

militant de AIDES - de Necker en 1985) jusque là considérées comme relativement marginales en France (en fait, très éloignées, on l'imagine, de la manière dont la profession infirmière s'est historiquement construite en France), à un moment où précisément la profession se redéfinit. Par ailleurs, confrontés à la difficile question des conséquences émotionnelles de l'engagement auprès des malades, les militants des associations anti-SIDA se sont tournés vers les travaux qui autour de la notion de burn out avait été réalisés en Amérique du Nord sur les difficultés psychologiques des soignants. Ensuite, dans les deux cas, les objectifs des réflexions sur le « bon » positionnement professionnel étaient similaires : faire face à l'usure psychologique qui provoque des défections ou une critique des conditions de travail et rend plus difficile le recrutement d'une part. D'autre part contrôler l'effet des émotions des soignants ou des volontaires sur la relation avec le malade et l'image de l'institution, c'est-à-dire la construction d'une certaine confiance. Dans les deux cas, ces objectifs se traduisent par une tendance à la professionnalisation, même si celle-ci est évidemment plus parcellaire dans le cas de AIDES. C'est à travers cet axe de la professionnalisation qu'il convient de comprendre le développement des techniques et des pratiques de prescription des états émotionnels.

Toutefois, pour les infirmières et a fortiori pour les aidants associatifs, l'élaboration de telles règles est un phénomène récent qui ne porte, pour l'instant, que sur des principes très généraux dont il n'est pas toujours simple de dégager une mise en œuvre concrète sur le terrain.

Les techniques de la prescription émotionnelle

L'impression première est en effet que chaque soignant doit, avec sa propre personnalité, son éthique personnelle, se débrouiller pour gérer ses émotions dans la relation avec le malade. Pourtant, en ce domaine, les conseils et les réflexions sont de plus en plus nombreux et précis. Dans le sillage de la psychanalyse puis, de plus en plus de la psychologie cognitivo-comportementale, le « travail émotionnel » que

doit nécessairement réaliser tout « professionnel » est de plus en plus formalisé par les manuels à destination des soignants, dans les discours des cadres et des formateurs. Ce travail émotionnel – qu’il soit fait spontanément ou « prescrit » – comporte deux faces : un contrôle par le soignant de ses propres émotions (ne pas pleurer, ne pas montrer son dégoût, garder son calme, etc.) et la tentative d’induire chez le patient les émotions désirables et facilitant le travail de soin (calmer un malade angoissé, atténuer la gêne liée à un soin intime, redonner la joie de vivre à un patient triste, etc.). Ce travail émotionnel doit, pour être efficace, être invisible, ne pas apparaître comme un travail (Hochschild, 1983). Un sourire visiblement forcé, par exemple, est insuffisant et mal vécu. Ce travail est proche des compétences sociales ordinaires que chacun met en œuvre dans sa vie de tous les jours et implique plus la personnalité de celui qui le met en œuvre que d’autres types d’activités. De fait, il est généralement géré de façon informelle et spontanée par le collectif de travail. L’idée de prescrire le travail émotionnel peut alors sembler paradoxale voire absurde.

D’ailleurs, du début du siècle jusqu’aux années 1960, de nombreux auteurs écrivant sur ce que devrait être le métier d’infirmière ont affirmé que celle-ci ne faisait finalement que transposer, dans un cadre professionnel ses qualités féminines « naturelles », ses dispositions à s’occuper des autres comme elle le faisait de son mari ou de ses enfants. La volonté toutefois de professionnaliser le métier d’infirmière autour d’un rôle propre, distinct de celui du médecin (notamment par la prise en compte des « besoins psychologiques et socioculturels » du malade) et les réflexions sur les conditions de travail ont fait évoluer la façon de concevoir le métier. A la fin des années 1960, en effet, se pose de plus en plus le problème de recruter des soignants compétents. L’usure professionnelle et le « ras le bol » des contraintes psychologiques du travail étaient mis en avant pour expliquer la pénurie. Les manifestations infirmières de 1988 et 1991 ont également contribué à placer au centre des débats la question des conditions de travail.

Le résultat a été, entre autre, la production de tout un discours sur la professionnalisation du travail émotionnel et la gestion des émotions. Trouver la bonne distance avec le malade et



contrôler ses réactions et ses affects sont devenus, à l’image de la figure emblématique du médecin, les leitmotivs de la bonne infirmière, au moins dans les discours (Loriol, 2000). A cela s’ajoute, au moins pour l’hôpital, la volonté des directions et des organismes gestionnaires, de développer, dans le but de produire des normes de bonne gestion, tout un travail de quantification du travail nécessaire pour chaque catégorie de malades. Il s’agit de calculer, pour des « groupes homogènes de malades », la charge de travail moyenne mise en œuvre effectivement dans les différents services. De cette façon, des redéploiements entre des services qui seraient sur-dotés et des services qui seraient « sous-dotés » pourraient être envisagés (Loriol, 2002). Cette démarche s’accompagne en outre d’une approche plus centrée sur la qualité : chaque service doit faire la preuve qu’il se plie bien à certaines normes de pratiques définies à l’avance afin de pouvoir bénéficier de l’accréditation désormais nécessaire à tout établissement de soins.

● Macdonalisation du travail infirmier...

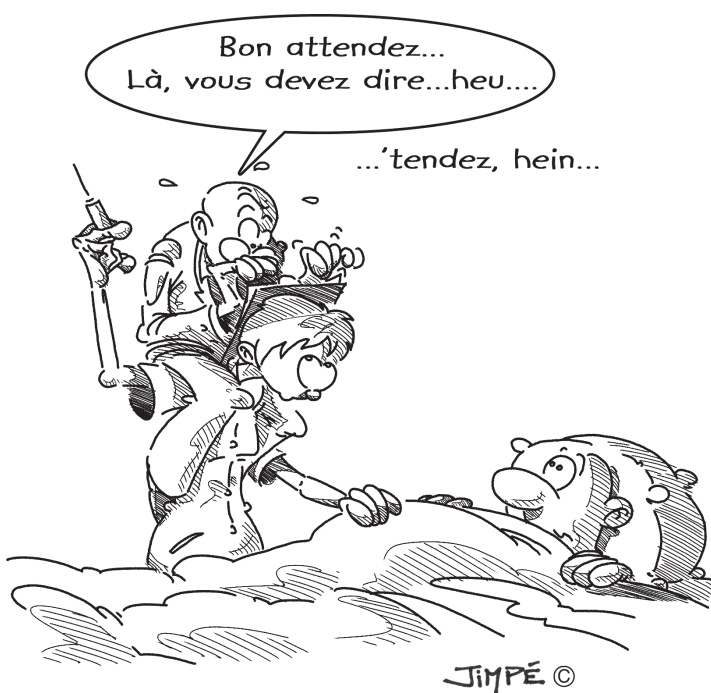
Dans ces calculs et cette volonté de normalisation, cependant, le travail relationnel et sa dimension émotionnelle posent problème ; d’où la volonté de le réduire à des techniques

standardisées, donnant plus de prise à la mesure et au contrôle de l'activité. Cette situation a pu être observée depuis plus longtemps au Canada où Angelo Soares a pu parler de façon évocatrice de « macdonaldisation du travail infirmier » dont la dimension relationnelle est de plus en plus appauvrie (Soares, 2000). Quelles sont les techniques préconisées pour parvenir à cet objectif ? Elles peuvent être schématiquement résumées de la façon suivante :

- **La protocolisation** : ce terme issu du langage médical renvoie à l'élaboration codifiée et standardisée des conduites à tenir dans telle ou telle situation. A l'origine, l'objectif était de contrôler, dans un souci d'objectivité, de comparabilité, les conditions de l'expérimentation d'un nouveau traitement. Puis le terme a servi à qualifier toutes les séquences de travail pré-définies à l'avance, décomposées en gestes techniques simples. Cela permet au soignant de se concentrer sur la part technique de son activité et ainsi de donner moins de prises à ces émotions, de ne pas se sentir pris au dépourvu et de dépersonnaliser la relation. Par exemple, la toilette peut être divisée, dans les manuels, en une trentaine d'étapes. Autre exemple : dans un service de réanimation pédiatrique, la conduite à tenir avec la famille en cas de décès d'un enfant a été définie avec

une grande précision par l'équipe avec l'aide des psychologues du service. Censés être pensés rationnellement (prise en compte des savoirs scientifiques, de l'expérience collective), ces protocoles ont pour ambition de rendre la relation plus efficace et moins traumatisante pour les soignants.

- **La relaxation** : si les émotions ne sont pas directement contrôlables (on ne décide pas d'être en colère ou joyeux) certaines manifestations corporelles des émotions sont peut être plus accessibles à notre volonté. Quand on est en colère, le rythme cardiaque s'accélère, les muscles se contractent, la respiration devient plus rapide et saccadée. Chercher à se détendre musculairement et contrôler sa respiration (respiration ralentie, profonde et abdominale) peut alors aider à sortir plus vite de sa colère. Les techniques de relaxation sont assez souvent enseignées dans les stages de gestion du stress ou des conflits proposés aux soignants.
- **L'évitement** : si l'on sent que lors d'une interaction, il n'est plus possible de retenir ses émotions dans le cadre prescrit par le rôle professionnel, il est conseillé de se retirer provisoirement de la relation, le temps de « retrouver ses esprits ». Cela suppose le soutien des collègues qui acceptent de prendre le relais pendant quelques instants.
- Un mode plus subtil de l'évitement est la **dépersonnalisation de la relation**, ou comme le disent les psychologues repris par certains cadres : « Séparer son moi personnel de son moi professionnel ». Il s'agit de ne pas se sentir personnellement impliqué dans la relation : ce n'est pas à moi que ce malade adresse des reproches, mais au représentant de l'institution hospitalière dont j'endosse la blouse, quelques heures dans ma journée. Il s'agit en fait d'un cas particulier d'une catégorie plus large : le travail sur les représentations. Mais l'objectif serait aussi de ne pas chercher à régler, par le choix du métier d'infirmière ou l'engagement dans une association, des problèmes psychologiques personnels.
- **Le travail sur les représentations** : l'idée est que l'émotion est liée à la façon dont le soignant perçoit la situation. Si un patient vous met en colère, c'est que vous jugez son



comportement comme moralement répréhensible, illégitime. Si l'on pense au contraire que le comportement en question n'est que la manifestation « normale » et incontrôlable de sa maladie, la charge émotive s'en trouve automatiquement réduite. De même, la mort ne doit pas être considérée comme un échec qui mettrait le soignant en faute, mais comme un élément « normal » de la vie et du travail à l'hôpital. La trop forte identification avec le malade, encore, est déconseillée car elle conduit à endosser d'une façon qui devient vite insupportable, les souffrances de l'autre. Ce travail sur les représentations est souvent mené dans le cadre des groupes de parole mis en place dans certains services considérés comme difficiles.

On trouve, chez les infirmières, un certain nombre de techniques visant à leur permettre de trouver la bonne distance avec le patient : le protocole, la relaxation, l'évitement temporaire, la dépersonnalisation ou le travail sur les représentations constituent autant d'éléments réparables dans l'organisation visant à prescrire un contrôle de soi, signe de professionnalité. Certains ergonomes, comme le canadien Michel Bigaouette (2001) ont d'ailleurs participé à ce mouvement. De même, on trouve chez les volontaires de AIDES des techniques analogues : guides et formations à l'entretien, formation à l'écoute, régulations (entretiens avec un psychologue extérieur à l'association), groupes de parole, évitement temporaire, etc. On pourrait ici facilement donner des exemples avec des « documents » bruts à l'appui : extraits de guides ou documents de formation, extraits ordinaires de situations de travail, d'actions entreprises dans les groupes de travail, etc. Par ailleurs, ces techniques n'ont pas toutes le même statut. En fait, certaines reposent sur un travail strictement individuel et visent le « contrôle de soi » (relaxation, entretiens individuels avec un psychologue, stages de formation à l'extérieur) tandis que d'autres mettent en avant le collectif (groupes de parole, entretiens collectifs avec un « psy »). Alors que, dans le premier cas, l'intéressé est coupé de son activité professionnelle et invité à se recentrer sur lui-même (ce lui-même étant supposé cohérent, fiction de l'unité du sujet, etc.), le deuxième cas ne dissocie pas les agents de ceux avec qui ils agissent concrètement. Le premier

type de techniques renvoient donc au SUJET, le second renvoie au TRAVAIL. Il y a donc peut-être là une distinction importante à noter. On pourrait projeter les différentes techniques de prescription en fonction de ce critère assez simple. Cela permet aussi de poser le problème de l'articulation individuel/collectif sous-tendu par chaque technique de prescription de l'émotionnel. Nous pouvons penser par exemple à la « régulation » que les volontaires sont invités à entreprendre. Périodiquement, les volontaires se rencontrent avec un psychologue extérieur à l'association pour parler de leurs cas difficiles, de leurs tensions, de comment s'est passé le mois. La technique de « régulation » est connue notamment pour la psychanalyse : individuelle, elle s'inscrit dans une corporation professionnelle plus ou moins constituée. Celle que réinventent les militants de AIDES en la rendant collective, faute de pouvoir s'inscrire dans du collectif.

● Quelle efficacité pour quels résultats ?

Ces différentes techniques mises en œuvre ici de façon volontariste, consciente et organisée, sont en fait assez proches des stratégies d'adaptation développées collectivement et individuellement au cours du temps par les soignants dans les services « qui marchent bien » (Loriol, 2000). Cela suppose une certaine marge de manœuvre sur les effectifs et les moyens, une organisation du travail qui prend en considération les difficultés et les nécessités du travail soignant, une certaine stabilité et entente dans l'équipe. Quand une de ces conditions est absente ou que la difficulté (technique ou émotionnelle) des soins s'élève sans compensation en terme de moyens, le travail émotionnel risque d'être plus problématique. La tentation, quand existe la volonté d'améliorer les choses (ce qui n'est pas toujours le cas), est de renforcer le travail émotionnel prescrit et donc de faire des problèmes une simple question de compétence professionnelle individuelle : si les infirmières souffrent, c'est qu'elles ne sauraient pas suffisamment gérer leurs émotions et la distance avec le malade. Il existe en fait toute une échelle, un continuum, qui va des normes les plus intériorisées aux techniques les plus artificielles en passant par les règles rappelées par l'équipe ou les cadres. Plus la gestion des émotions apparaît au

soignant comme imposée de l'extérieur, ne correspondant pas à ses affects spontanés, moins elle pourra véritablement le protéger et plus elle risque d'avoir des effets pervers : effets indésirables sur la vie émotionnelle hors travail, comme cette infirmière qui a peur de ne plus pouvoir s'engager dans une véritable relation amoureuse ; marginalisation du groupe de travail dont les normes ne paraissent plus acceptables et surtout culpabilisation et oubli des revendications qui renvoient aux responsabilités de la direction ou de l'encadrement.

On pourrait dire la même chose à propos des militants de AIDES, même si la prescription n'a évidemment pas le même caractère d'obligation. La question posée est de savoir **à quelles conditions ces techniques de prescription sont appropriables par les intervenants**, ce qui dépend du jeu qu'elles autorisent pour permettre à ces derniers de les réinscrire dans le flux d'activités de travail. Ainsi, on trouverait des situations où ces techniques constituent effectivement une aide pour les soignants ou les bénévoles dans leur rapport au patient, et l'on trouverait des situations où elles génèrent des effets pervers importants. De fait, c'est la question du « genre » (professionnel ou militant) qui est implicitement posée : à quelles conditions ces techniques nourrissent (ou abîment) les savoirs partagés, les routines de travail, les connaissances collectives implicites qui font une culture de métier. Cette question nous paraît importante, à condition de mesurer que ce qui assure à une prescription émotionnelle son efficacité dépend aussi de l'environnement matériel et temporel du travail lui-même. Ainsi, le design des « boxes » d'accueil à AIDES est indissociable de toute une gamme de prescriptions visant à canaliser les émotions. Plus largement, il y aurait une distinction importante à noter, qu'on pourrait désigner par le terme « d'attachement ». Il y aurait des situations de travail (comprenant des travailleurs, une organisation et des malades) où ces techniques favorisent un meilleur attachement (des travailleurs avec l'organisation et les patients). Et il y aurait des situations où ces techniques débouchent sur un plus mauvais attachement (des travailleurs entre eux, des travailleurs et des patients, etc.). Au cœur de cette question, la capacité à entretenir un « genre » (Clot, 1999) paraît centrale. On pourrait donc projeter les différentes techniques

de prescription en fonction de ce critère (par exemple évoquer le problème des boxes délaissés par les volontaires, des entretiens d'accueil qui « débordent », etc.).

● **La grande difficulté de la prescription de la distance et du contrôle émotionnel des soignants ou des volontaires est en effet d'éviter d'aller trop loin, de trop déshumaniser la relation**

D'où l'ambiguïté, par exemple de la théorie du burn out qui enjoint au soignant de se protéger pour éviter l'épuisement émotionnel qui conduirait inévitablement au rejet du patient. Entre la sympathie et l'antipathie, le soignant devrait viser l'empathie. Cette neutralité affective rappelle en fait la position du médecin. Mais cette position est plus difficile à tenir pour les soignants qui justement revendiquent un autre regard, une approche du malade qui ne le réduit pas à l'état d'organe dysfonctionnant et assurent un contact plus long et prolongé avec les patients.

Tous les discours sur le contrôle émotionnel, la distance et la professionnalisation sont donc d'autant plus faciles à tenir, finalement, que l'on se trouve éloigné des contraintes du terrain et de l'engagement avec des malades réels. Il n'est pas étonnant que les cadres et les formateurs s'en fassent les principaux partisans. Pour certains soignants, on aurait même là affaire à un jargon, sans intérêt pratique, mais indispensable pour monter dans la hiérarchie, montrer une certaine compétence aux postes à responsabilité et renforcer sa crédibilité aux yeux de ses pairs.

Toutefois, dans l'ensemble, les soignants accordent spontanément une grande confiance et développent des espoirs importants dans les différentes pratiques d'aide psychologique (entretien avec un psychologue, groupes de paroles, formations à la gestion du stress, des conflits ou des émotions). Pour ne pas provoquer un rejet violent (ce qui a été le cas de certains soignants ayant eu l'impression qu'on s'était moqué d'eux) ni accroître encore les écarts entre l'idéal et la réalité (ce qui ne peut qu'accroître les difficultés), il est donc nécessaire d'être prudent dans la mise en oeuvre (de la part des formateurs ou des cadres) des pratiques de gestion de l'émotionnel. Pour cela, il faut partir des stratégies mises en oeuvre



spontanément et tenir compte de leurs possibilités d'existence. **Ne pas renvoyer les revendications sur les moyens et l'organisation a des questions d'insuffisance personnelle**, c'est-à-dire reconnaître et discuter les contraintes environnementales et non chercher à les nier.

● Il y a du politique dans les instruments de mesure du burn out

L'ambition de ce travail était de donner les moyens de penser l'économie de ces techniques de prescription depuis le travail lui-même jusqu'aux conditions concrètes de son accomplissement. Dans ces conditions (une sociologie pragmatique), qui rend le dialogue possible entre sociologues et ergonomes ou chercheurs en psycho-dynamique, on pourra insister sur l'ambiguïté de ces techniques. Par exemple l'importance de pouvoir penser ces techniques non comme de purs instruments ou guides pour l'action, mais véritablement comme des dispositifs contribuant à définir le travailleur lui-même, son corps, ses émotions et le sens de son intervention. Il y a du politique dans les instruments de mesure du burn out ! On pourrait évoquer les « technologies de soi » dont l'histoire a été esquissée par Foucault et qui « permettent aux individus d'effectuer, seuls ou à l'aide d'autres, un certain nombre d'opérations sur leur corps et leur âme, leurs pensées, leurs conduites, leur mode d'être » (1994, 785). Dans des milieux et pour des questions pour lesquels une prescription hiérarchique autoritaire serait inacceptable et surtout peu efficace, la prescription prend ici plus la forme d'un idéal proposé au soignant ou au bénévole, de conseils visant non à le contraindre, mais à favoriser son adaptation donc son bien être individuel. La pathologisation de difficultés présentées comme des conséquences de mauvaises adaptations individuelles est l'autre face de la normalisation propre à tout milieu social et particulièrement professionnel. Cette forme de prescription, typique des activités de service a fort engagement personnel est probablement plus douce, plus soucieuse des besoins de la personne, mais elle n'efface pas (même si elle cherche parfois à les nier) les contraintes du monde de travail et n'est pas forcément exempte d'un certain nombre d'effets pervers : culpabilisation personnelle de celui ou celle qui

ne parvient pas à surmonter ses affects, risque d'affaiblissement du collectif si les difficultés des collègues sont présentées comme de simples faiblesses individuelles, rejet des atypiques qui par leurs comportements remettraient en cause les règles collectives, etc. ●

Références bibliographiques

- Bigaouette M., *La gestion professionnelle des émotions et l'approche prothétique : un nouveau travail prescrit pour soigner les déments*, PISTES, vol. 3, N°1, pp. 1 à 17.
- Clot Y., *Les fonctions psychologiques du travail*, PUF, « le travail humain », 1999.
- Fineman S. (ED.), *Emotions in Organizations*, Sage, 1993.
- Foucault M., *Dits et écrits*, Vol. IV, Gallimard, 1994.
- Goleman D., *L'intelligence émotionnelle. Cultiver ses émotions pour s'épanouir dans son travail*, Lafont, 1999.
- Hochschild A., *The managed heart*, University of California Press, 1983.
- Legeron P., *Le stress professionnel*, Odile Jacob, 2001.
- Lelord C. et André F., *La force des émotions*, Odile Jacob, 2001.
- Loriol M., *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Anthropos, « Sociologiques », 2000.
- Loriol M., *L'impossible politique de santé publique en France*, Eres, « Action Santé », 2002.
- Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'organisation, 1982,
- Montmollin (DE) M., *L'ergonomie*, La découverte, « Repères », 1996.
- Soares A., « La charge émotionnelle du travail infirmier », *Objectif Prévention*, vol 23, n°2, pp. 10-11, 2000.
- Weller J.M., *Stress relationnel et distance au public. De la relation de service à la relation d'aide*, Sociologie du travail, vol 44, 2002, pp. 75-97.

La construction sociale de la fatigue au travail

L'exemple du burn out des infirmières hospitalières

Marc Lorient,
docteur en
sociologie,
chargé de
recherches au
Centre national
de recherche
scientifique,
Paris 1.

Texte paru dans
Travail et Emploi
n° 94, avril 2003,
pp. 65-74.

.....

La fatigue, le stress et la souffrance psychologique constituent des états difficiles à objectiver et à faire reconnaître. C'est pourquoi les catégories à travers lesquelles ces états vont être mis en forme et interprétés contribuent si fortement à déterminer la réalité des phénomènes en question, même si elles sont l'objet d'enjeux et d'intérêts qui dépassent la simple réflexion scientifique. A partir de l'exemple du burn out des infirmières hospitalières françaises, cet article s'efforce de montrer comment une telle catégorie émerge au croisement de logiques d'actions hétérogènes et éclaire ainsi sur l'impact social que peut avoir une nouvelle entité psychologique. Finalement, le burn out des infirmières apparaît comme une notion largement dépendante du contexte dans lequel elle est apparue et s'est développée, ce qui en montre les dimensions socialement construites.

.....

Parmi les différentes mises formes de la fatigue nerveuse ou morale au travail, le cas du burn out des soignants¹ semble particulièrement intéressant dans la mesure où cette entité illustre bien les rapports entre l'élaboration et l'utilisation d'une théorie scientifique, d'une part, et les enjeux propres à un milieu professionnel particulier d'autre part. Je vais donc m'appuyer sur cet exemple pour illustrer la façon dont les catégories que nous utilisons pour penser les

conditions de travail peuvent, sous certaines conditions, être analysées comme des constructions sociales².

L'expression « construction sociale » est à la mode en sociologie, mais fait trop rarement l'objet d'une définition précise. Du coup, elle renvoie, suivant les textes, à des analyses très diverses. Pour schématiser, trois grandes approches peuvent être regroupées sous cette expression. Dans la première, que l'on pourrait qualifier de façon plus précise de « production sociale d'une situation », l'analyse porte sur la façon dont un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux a priori distincts convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle³. Le recours au terme de construction sociale a pour but, dans ce cas, de souligner le caractère contingent des phénomènes étudiés qui apparaissent comme des effets émergents, non voulus par aucun des acteurs impliqués, mais résultat de l'agrégation de leurs stratégies. Par exemple et pour rester dans mon sujet, la réduction des durées de séjour, la complexification des technologies médicales et paramédicales, les problèmes d'effectifs, les moindres possibilités de reconversion, la montée en puissance des incivilités et des agressions se conjuguent dans beaucoup de services hospitaliers et favorisent l'apparition d'un malaise et de plaintes parmi le personnel. Cette approche n'est pas très éloignée de la démarche de certains ergonomes qui souhaitent traiter la situation de travail dans son ensemble et dans son contexte, même si la notion de contexte est plus extensive en sociologie.

La deuxième approche, qu'il conviendrait d'appeler « construction sociale des catégories de perception de la réalité » porte quant à elle sur les processus à l'œuvre dans l'émergence d'une nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier⁴ : maladie, risque social, problème politique, catégorie d'action ou d'analyse : âge, sexe, professions et catégories socioprofessionnelles,

Mots clefs : santé mentale, soins infirmiers, travail et santé, représentations de la santé et de la maladie, relation soignant-soigné.



etc. On peut ainsi, par exemple, parler de l'invention de la catégorie de chômeur ou de la notion de chômage ou évoquer la façon dont un tableau de maladie professionnelle est négocié. Dans cet esprit, il serait possible d'étudier l'apparition, la diffusion et l'usage qui est fait de la catégorie de burn out (ou épuisement professionnel) dans le travail soignant. Le malaise ressenti par certaines infirmières est mis en forme et étiqueté à travers la référence à cette nouvelle catégorie de la psychologie du travail. Cela ne veut pas dire que la souffrance, le mal-être, n'existaient pas avant que ne soit utilisé le terme de burn out - bien au contraire - mais que le psychisme humain possède une certaine plasticité et une complexité qui rendent possibles différentes lectures de cette souffrance.

Enfin, l'expression « construction sociale » a également été utilisée pour rendre compte du moment de la coproduction d'un diagnostic⁵ : comment une infirmière prend conscience d'une souffrance ou d'un mal-être dans le travail, pourquoi elle décide de chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé (médecin, psychologue, etc.), comment celui-ci, en interaction avec l'infirmière, pose son diagnostic et enfin, comment le diagnostic se traduit concrètement par l'actualisation d'un « rôle » de malade particulier.

Ces trois approches sont bien évidemment plus complémentaires qu'opposées ; les niveaux de réalité étudiés étant parfaitement imbriqués. C'est la situation dans laquelle se trouve l'infirmière qui explique son mal-être et la recherche de sens et d'aide pour y faire face, le diagnostic suppose l'existence d'une étiquette qui puisse être légitimement apposée à cette souffrance. Il reste toutefois important de les distinguer afin d'éviter les confusions qui pourraient conduire à des analyses caricaturales ou un constructionnisme radical et ridicule qui reviendrait à nier les difficultés rencontrées par les infirmières ou n'en ferait que de simples conventions sociales.

Un cadre général d'analyse de la construction des problèmes sociaux

Dans cet exposé, autour de l'exemple de l'utilisation du terme de burn out par les infirmières de différents hôpitaux de la région parisienne, c'est plutôt à partir de la deuxième approche que sera abordée la construction sociale de la fatigue. Pour cela, l'ambition a été de suivre, de façon didactique, le cadre d'analyse proposé par un petit groupe de chercheurs anglo-saxons qui se qualifient eux-mêmes de *social constructionnists* pour rendre compte de ce qu'ils appellent le *claims making process*. Identifier un problème et le faire apparaître comme un enjeu collectif, constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique. Ce processus par lequel une question qui était d'abord considérée comme relevant de simples choix privés devient un problème social peut être schématisé à travers trois étapes.

La première étape que l'on peut dégager analytiquement est celle de la découverte par un professionnel, ou un petit groupe de professionnels d'un nouveau problème social ou médical. Dans le cas de la France, il s'agit souvent d'une importation plutôt que d'une réelle innovation. C'est ainsi que la plupart des nouvelles entités cliniques construites autour de la fatigue (neurasthénie, burn out, syndrome de fatigue chronique...) ont été « inventées » par des médecins d'Amérique du Nord ; même si certains médecins français ont tenté d'apporter leur touche personnelle (Pierre Jannet fait de la neurasthénie la psychasthénie, le professeur Kahn qualifie la fibromyalgie de syndrome polyalgique idiopathique diffus...).

Lors de cette étape, les innovateurs restent le plus souvent ignorés – voire même parfois dénigrés – par leurs confrères et par le grand public. Dans le domaine de la santé, les exemples du SIDA, de l'alcoolisme, du cancer ou de la fatigue montrent que les premiers médecins à défricher un champ inédit

d'investigation sont souvent marginaux et isolés au sein de leur profession. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que les nouvelles définitions restent au niveau de l'opinion d'un auteur et sombrent rapidement dans l'oubli. Les revues médicales du XIX^{ème} siècle sont ainsi pleines d'étiquettes de maladies qui ont aujourd'hui disparu. Cette remarque conduit à relativiser l'importance de cette première étape et donc à remettre en cause les analyses ne portant que sur la « création » de la maladie par le médecin ou du problème par l'expert. C'est pourquoi la deuxième étape est absolument indispensable. D'ailleurs, le travail d'expertise ne se fait pas dans un vide social et culturel mais dépend également pour une part des schèmes de pensée dominants à une époque et/ou dans un milieu social particulier. Les forces sociales à l'œuvre dans la deuxième étape sont ainsi déjà présentes dans le travail de recherche médicale.

La deuxième étape est celle que l'on peut qualifier « d'entreprise de morale »⁶, c'est-à-dire celle par laquelle une nouvelle norme sera popularisée et peu à peu imposée. Il s'agit de faire un travail d'information et de « propagande » pour la nouvelle maladie ou le nouveau problème. Les principaux moyens utilisés pour cela sont : l'organisation de congrès, la médiatisation, la mise en place d'enquêtes et de protocoles de recherche pour prouver l'existence et l'importance du problème, le lobbying auprès des autres experts et des pouvoirs publics. Ce travail peut être fait directement par les médecins experts, mais il est aussi souvent effectué par des groupes profanes. Une telle configuration permet aux experts d'éviter un travail qui pourrait nuire à leur image de scientifique neutre et désintéressé. Ces groupes profanes sont parfois totalement autonomes par rapport au médecin inventeur et ne font qu'utiliser la nouvelle théorie dans un but de légitimation de leur action.

Le groupe d'intérêt profane qui va se charger de l'entreprise de morale peut aussi être suscité par « l'inventeur » du problème. Dans tous les cas, pour que l'entreprise de morale soit véritablement soutenue et supportée par des stratégies profanes, il est nécessaire que la nouvelle définition de la maladie ou du problème social puisse conforter les représentations sociales de certains acteurs, voire appuyer et renforcer leurs intérêts sociaux et économiques.

Autrement dit, il faut qu'il s'y « retrouvent ». C'est à cette condition que des acteurs seront motivés pour se mettre au service du travail de consolidation et de diffusion de l'information. Une entreprise de morale pour imposer une nouvelle notion médicale a donc d'autant plus de chances de réussir qu'elle s'inscrit dans le type d'expérience sociale propre à un moment historique et un milieu social spécifique.

La dernière étape, si l'entreprise de morale a été un succès, est celle de l'institutionnalisation de la nouvelle définition, c'est-à-dire le moment où elle devient stable, prévisible, consensuelle, voire objectivée dans des textes à caractère officiel. Pour une nouvelle maladie, les formes d'institutionnalisation peuvent être très variées : inscription dans une liste officielle (classification du *Center for Disease Control* d'Atlanta, par exemple), introduction dans les programmes et les manuels de médecine, création d'institutions spécialisées dans la prise en charge d'un problème (par exemple centre de désintoxication alcoolique, centre de la douleur...) ou encore reprise dans un texte de loi ou une mesure réglementaire.

Ce processus n'est bien évidemment pas toujours aussi linéaire. Il est au contraire largement contingent et instable et peut toujours s'interrompre ou régresser, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Les différentes phases s'entremêlent souvent et ne peuvent pas toujours être distinguées aussi clairement ; seul le souci de clarté dans la présentation justifie donc l'emploi de ce modèle.

Formalisation et importation de la notion de burn out

Le terme de *burn out syndrome* est apparu dans la psychologie américaine au milieu des années 1970. Herbert Freudenberger l'utilise notamment, dans un article de 1974, pour caractériser les problèmes de jeunes volontaires travaillant à la prise en charge médico-sociale de toxicomanes dans une *free clinic*. Cette notion est issue de l'aérospatiale où elle exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant, retombe au sol. Dès le départ, l'aspect métaphorique du syndrome est très net. Freudenberger lui-même



explique ainsi en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte ». D'après Christina Maslach - la psychologue qui a mis au point le principal test de mesure du phénomène (le *Maslach Burn out Inventory* ou *MBI*) - le terme burn out aurait d'abord été utilisé par ceux qui en souffraient (notamment les urgentistes de la ville de San Francisco) avant d'être formalisé par les psychologues. Il s'agit donc de l'objectivation d'une expression indigène métaphorique utilisée pour rendre compte d'un état de fatigue morale et de ras-le-bol.

Le risque de ce genre de notion était donc de rester trop imprécis pour devenir un concept scientifique pouvant être reconnu par les psychologues et les médecins. Comme le remarquait un spécialiste français : « Nous sommes encore face à un concept-valise ou fourre-tout capable de recueillir toutes les revendications du monde de la santé. Comme les définitions psychologiques et psychiatriques du syndrome restent floues et controversées, nous risquons d'avoir affaire au fameux couteau sans manche dont on aurait égaré la lame ». Tout un travail de mise en forme scientifique et de « durcissement » de la réalité de ce syndrome était donc nécessaire pour le faire exister comme une réalité sur laquelle la communauté des psychologues et les acteurs du monde hospitalier pourraient s'entendre. En l'absence de marqueur physiologique spécifique, la tâche est particulièrement délicate⁷. Pour surmonter cette difficulté, les spécialistes du burn out ont eu recours aux tests de mesure psychologique. Par ce moyen, ils pouvaient, dans un même mouvement délimiter et préciser les contours du syndrome et faire apparaître des infirmières en « chair et en os » concernées par le burn out.

Les aléas du *MBI*

Le plus connu et le plus utilisé des tests de

mesure de l'épuisement professionnel est le « *Maslach Burn out Inventory* », élaboré par la psychologue Christina Maslach. Pour cerner le syndrome, elle considère que celui-ci est structuré autour de trois grandes dimensions : l'épuisement ou l'assèchement émotionnel (la personne n'a plus « l'énergie » pour faire son travail) ; la dépersonnalisation de la relation (le professionnel ne se sent plus concerné par sa mission et ses patients) et un sentiment de non-accomplissement (impression que le travail n'est pas efficace). D'un point de vue dynamique, le burn out serait le résultat de relations problématiques avec le patient. Prenant trop sur lui les problèmes du malade, le soignant serait soumis à un niveau excessif de stress, générateur de fatigue, de nervosité et d'angoisses. Pour se protéger, il en viendrait finalement à se protéger en se détachant de son travail à travers une attitude apathique ou cynique.

Le *MBI* comporte vingt-deux « questions-affirmations » (ou items) avec à chaque fois six degrés de réponse possibles : « Jamais » ; « Quelques fois par années ou moins » ; « Une fois par mois ou moins », « Quelques fois par mois » ; « Quelques fois par semaine » et « Chaque jour ». Voici, à titre d'illustration



quelques-unes de ces affirmations : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail » ; « Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts » ; « Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades » ; ou encore, « Je me sens ragaillard(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades ». Le *MBI* a fortement contribué à la définition du burn out lui-même comme syndrome. Pour les défenseurs du *MBI*, il ne fait pas de doute qu'il s'agit là de la vraie nature du trouble et non de l'effet de l'instrument d'évaluation. Ainsi, pour Noëlle Girault-Lidvan, la psychologue française qui a traduit le *MBI*, « l'excès de subjectivité que traduit l'existence de conceptions multiples et floues du burn out, en entraînant une généralisation abusive de l'étendue et de la portée du syndrome, risque de faire perdre de vue le fait qu'il constitue un processus particulier de distanciation par rapport au travail et aux personnes impliquées dans la relation professionnelle, en réaction à la charge émotionnelle, à la responsabilité perçue et à l'incertitude de résultats caractéristiques de certains contextes ». Autrement dit, le *MBI*, en mettant en évidence ces dimensions, aurait permis de sortir des analyses subjectives de la question. Or, ce raisonnement possède une certaine logique tautologique : le *MBI* a été construit spécifiquement pour explorer les trois dimensions qui pour Christina Maslach constituent le burn out. Les vingt-deux items sont divisés en trois groupes correspondant aux dimensions en question. Le *MBI* ne peut donc que « mesurer » cela et pas autre chose. Cela n'a pas de sens de dire que les études réalisées avec le *MBI* mettent en évidence le rôle central de ces trois dimensions dans le burn out puisque les autres dimensions possibles du problème sont écartées d'office et ne sont pas prévues dans le test.

Dans la théorie du burn out des soignants, la question de la dépersonnalisation des rapports avec le patient et du manque de satisfaction professionnelle qui en découle joue un rôle central dans « l'épuisement professionnel ». Une telle représentation est très fortement liée aux études réalisées avec le *MBI*. L'épuisement professionnel est « mesuré » par un score élevé aux trois dimensions définies par Christina Maslach, il est donc logique qu'il y ait une

corrélation entre la dépersonnalisation et le non-accomplissement d'une part, et l'épuisement global d'autre part, dans la mesure où les deux premiers sont des composantes du troisième. Par ailleurs, l'orientation donnée par les items proposés contribue à forger le visage de ce qui sera décrit sous l'étiquette burn out. Ainsi, sur les vingt-deux items, onze concernent directement la question du travail relationnel et la satisfaction qui en est retirée. Il s'agit, par exemple, des affirmations suivantes : « J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades » ; « Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail » ; ou encore « Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets ». Les réponses « Chaque jour » aux deux derniers items et « Jamais » au premier ont pour effet d'augmenter le score de burn out. Il est donc normal que la « dépersonnalisation » soit corrélée au score ainsi obtenu et le *MBI* ne l'a pas « démontré ». Si les items liés à la relation au malade occupent la moitié du test, il n'y a aucune question sur le manque d'effectif ; thème qui pourtant revient aussi souvent dans les entretiens que la question des rapports aux malades. On peut alors imaginer que si onze questions sur vingt-deux étaient consacrées à ce thème, les études sur le burn out « montreraient » qu'il s'agit d'une maladie du manque d'effectif.

Parmi les différentes interprétations possibles du malaise ressenti par les infirmières, telles que l'on peut par exemple les lister à partir d'entretiens semi-directifs, la théorie du burn out portée par le *MBI* sélectionne donc un petit nombre de dimensions centrées sur les relations individuelles de la soignante avec ses patients. En France, les premières recherches sur le burn out sont menées à partir de la fin des années 1980. Une des premières grandes enquêtes menées en France est celle de Noëlle Lidvan-Girault, réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychologie soutenue en 1989. Pour ce travail, elle a la première traduit et adapté en français l'échelle *MBI*, principal test utilisé dans les études sur le burn out. Sa recherche a porté sur une population de cinquante-deux médecins et six infirmières de services de médecine d'urgence. Elle arrive à un « score » de 41 % de la population touchée par ce syndrome tel



qu'il est défini par l'échelle *MBI*. Dans une thèse de médecine soutenue en 1992, Franceschi-Chaix a étudié une population de nonante-cinq infirmières du centre de santé spécialisé Esquirol. Elle conclut à l'existence d'un taux d'épuisement compris entre 15 et 21 %. L'étude la plus souvent citée, en France, est celle menée par Chantal Rodary, biostatisticienne, et son équipe (composée de trois médecins du travail, une infirmière générale et une psychiatre) sur la comparaison entre deux hôpitaux de la région parisienne : l'Institut Gustave Roussy, spécialisé sur le cancer, et l'hôpital Bicêtre. Cette recherche réalisée auprès de cinq cent vingt infirmières permet aux auteurs de conclure que : « 25 % d'infirmières présentent un épuisement émotionnel élevé ; 25 % perçoivent leur accomplissement personnel comme insuffisant ; le retrait de l'investissement est significativement plus élevé à Bicêtre (16 %) qu'à l'Institut Gustave Roussy (7 %). Ces résultats sont plus marqués dans les services où le temps d'échange avec le malade est court et les soins techniques nombreux (soins intensifs, par exemple) ». De cette étude, trois idées ont ainsi été retenues sur le burn out et sont souvent citées : la proportion de 25 %, l'importance des relations avec le malade et le fait que les résultats soient moins mauvais à l'Institut Gustave Roussy (où les décès sont pourtant plus fréquents) qu'à Bicêtre. Ces idées ont servi à défendre la thèse selon laquelle il est important de mettre en place une stratégie de prévention fondée sur la formation au soin relationnel dans les situations difficiles comme les décès ; les infirmières de l'Institut Gustave Roussy étant jugées mieux préparées sur ce point.

Pour finir, il faut évoquer une recherche destinée à mieux connaître la pénibilité physique et psychique du travail infirmier, publiée en 1989 à partir d'une enquête commencée en 1988. Elle a été menée par un médecin du travail de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Madeleine Estryng-Behar, et un cadre de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Henri Poinson. L'objectif de ce rapport était d'apporter aux « différents interlocuteurs de l'hôpital » des connaissances « aussi scientifiques que possible » sur le lien entre travail et santé des soignants. Dès le départ, l'accent est mis sur une forme particulière de fatigue qui se

distinguerait de la fatigue « classique », notamment par ses conséquences pathogènes : « La fatigue liée à la surcharge et au stress est classique. [...] L'isolement, l'absence de gratifications, la brièveté des échanges avec les supérieurs, le manque de participation sont signalés par plusieurs auteurs ayant travaillé sur le personnel infirmier. Ces éléments contribuent à générer une ambiance dépressive qui n'est pas toujours exprimée de façon claire, mais que traduit bien l'expression de *burn out syndrome*, décrit par Cherniss en 1980. On y retrouve la lassitude, le découragement, le détachement, l'épuisement émotionnel, la perte de l'enthousiasme et de l'optimisme, enfin une perception cynique et désabusée des autres qui peut être destructrice ».

Le burn out, qui au début est présenté comme une dimension parmi d'autres des difficultés des infirmières, prend, au fur à mesure que les études se multiplient sur le sujet une place de plus en plus importante ; d'autant qu'un certain nombre d'acteurs vont s'en emparer et reprendre à leur compte les théories qui y sont attachées.

Diffuser les connaissances sur le burn out : l'entreprise de morale

Les études françaises qui viennent d'être présentées avaient, pour la plupart, été entamées avant le début du mouvement infirmier. Ce sont les grèves et les manifestations infirmières de 1988 et 1991 qui vont donner à ces premières études isolées un véritable écho et marquer le début de l'entreprise de morale en encourageant la diffusion des connaissances sur le sujet.

Trois grandes voies de diffusion des connaissances sur le burn out ont pu être identifiées à travers l'enquête. La première est liée aux stratégies de prise en charge du problème des conditions de travail par les différentes institutions et directions hospitalières. Cela est notamment le cas de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris qui va largement reprendre à son compte les théories psychologiques du burn out. Au départ, comme pour beaucoup d'autres innovations en matière d'action sanitaire et sociale, l'institution publique employeuse a

plutôt une stratégie d'attente tandis que différentes expérimentations sont menées en son sein sous la forme d'initiatives locales et isolées⁸ : un médecin du travail décide de se spécialiser dans l'étude du stress et de la souffrance des soignants ; une psychologue universitaire décide de consacrer sa thèse au burn out des personnels des urgences ; plusieurs chefs de services considérés comme « lourds » forment un groupe de réflexion sur la gestion du stress ; une demande en comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail central conduit à la formation d'un groupe de travail réunissant surveillants et médecins du travail, etc. Puis, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris décide, pour répondre au mécontentement exprimé par les infirmières, de conventionner et d'aider une de ces initiatives. Le réseau initial qui s'était construit autour de cette expérience s'élargit et surtout s'institutionnalise. Il devient alors l'interlocuteur privilégié de l'institution sur la question et conditionne dès lors la politique officielle (rédaction d'articles internes, de brochures et d'ouvrages de référence, etc.). Captant la plupart des financements, il monopolise de plus en plus le pouvoir d'imposer sa représentation des choses contre les approches

alternatives. Mais pourquoi telle initiative est privilégiée au départ plutôt que telle autre ? Deux raisons peuvent être avancées : tout d'abord, l'institution aura tendance à encourager de préférence les initiatives qui vont dans le sens de sa politique générale ; ensuite la plus grande proximité des acteurs engagés dans telle ou telle initiative avec l'institution et leur légitimité professionnelle constituent un gage important de réussite.

La seconde voie de diffusion des connaissances sur le burn out est représentée par les cadres infirmiers hospitaliers et les formateurs des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Les jeunes infirmières interrogées avaient en effet entendu parler de ce syndrome à l'école d'infirmières, tandis que les cadres en étaient, à l'hôpital, les plus ardents promoteurs. Enfin, la presse professionnelle à destination des infirmières a joué également un rôle dans ce processus, même si la plupart des infirmières rencontrées ont avoué ne pas la lire. C'est en fait au moment des études ou chez les cadres que celle-ci est la plus lue, ce qui nous renvoie au second mode de diffusion évoqué.

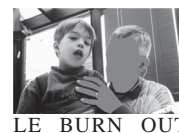
A qui profite le burn out

Comprendre le succès de l'entreprise de morale revient d'abord à rendre compte des motivations qui poussent les différents acteurs concernés par cette question à se reconnaître dans la définition proposée par les psychologues du burn out et à s'en emparer pour définir le phénomène. L'intérêt des directions hospitalières pour les études sur le burn out a probablement plusieurs causes. La première réside dans la volonté de promouvoir, de façon générale à l'hôpital, une gestion plus rationalisée avec la constitution de normes comptables issues de la pratique médicale : le programme médicalisé des systèmes d'information et les groupes homogènes de malades. Le principe est que pour chaque pathologie ou pour une catégorie de malades semblables, on calcule le coût moyen dans les services hospitaliers français. Le service qui dans un cas similaire dépasserait largement ce coût moyen pourrait alors être rappelé à l'ordre. En ce qui concerne le travail soignant, des études de charge de travail ont été menées afin de détecter les services qui seraient sur-dotés



Y'a pas de burn out dans la police!!

...nous avons uniquement des décès par suicide liés au manque d'effectif résultant des susdits suicides.....
...c'est tout !



en effectifs. Cela passait notamment par le calcul des Soins infirmiers individualisés à la personne déterminé à partir de la pratique. Parallèlement, une réflexion était menée sur des normes idéales de bonne pratique infirmière avec pour objectif de professionnaliser le travail soignant. Les objectifs de contrôle des dépenses et de modernisation de l'hôpital apparaissent alors congruents avec la rationalisation de l'activité infirmière : non seulement cette façon de traiter la question du burn out ne remet pas en cause la politique générale mais elle vient même la conforter. Plus globalement, le souci gestionnaire des directions d'établissement recouvre un double objectif : une optimisation de l'utilisation des moyens existants et la mise en place d'une « démarche qualité » (amélioration du service rendu dans une logique de concurrence).

Pour les cadres infirmiers et surtout les formateurs en écoles, en quête d'une nouvelle légitimité de gestionnaires, le recours à une théorie psychologique qui associe professionnalisation de l'infirmière, contrôle de soi et gestion individualisée des conditions de travail ne pouvait que séduire. La relation soignant/soigné ne doit plus être fondée sur des bases empiriques et intuitives mais doit au contraire relever d'une véritable science infirmière empruntant à la psychologie et aux sciences sociales son armature théorique. Le risque d'épuisement professionnel est alors expliqué comme un problème de « juste distance » vis-à-vis du malade : ne pas être trop proche afin de ne pas endosser sa souffrance ou celle de sa famille ni trop éloigné, ce qui serait renoncer à la mission de l'infirmière et ferait perdre l'enthousiasme nécessaire au métier. Pour cela, l'infirmière doit savoir dissocier son « moi personnel » et son « moi professionnel », ce qui signifie d'une part régler ses propres conflits intra-psychiques, de façon à ce qu'ils ne rejaillissent pas sur le travail, et d'autre part, ne « donner de soi » au malade (des soins, de l'attention, etc.) qu'en tant que professionnelle, c'est-à-dire en fonction de procédures précises dont l'efficacité est démontrée. La formation à la gestion du stress doit permettre d'atteindre ces objectifs et donc d'être une meilleure professionnelle. Elle peut se concevoir sous trois formes principalement : lors de la formation initiale, sous forme de formation

continue, ou de façon plus informelle à l'occasion de groupes de parole sur le stress et l'épuisement professionnel. Cela nécessite une plus grande connaissance, de la part de tous les acteurs, des théories sur le burn out, ce qui explique pourquoi celles-ci sont diffusées dans les écoles, dans les formations et dans les publications internes. Une telle représentation officielle de la question rencontre alors l'intérêt de la plupart des acteurs impliqués.

Il ne faut pas oublier non plus le très bon accueil que les recherches sur le burn out ont reçu auprès des infirmières interrogées. Ce succès s'explique tout d'abord par le besoin que beaucoup de soignants expriment de pouvoir donner un sens au malaise qu'ils ressentent. D'autant plus que les discours sur l'épuisement professionnel bénéficient des a priori favorables des infirmières l'égard du discours « psy » en général. Ensuite, parce que parler du burn out revient aussi à se distinguer à la fois de l'aide soignante, qui fonde son travail sur des relations non professionnalisées avec le malade, et du médecin, accusé de déshumaniser le patient. Surtout, pour les infirmières rencontrées, évoquer officiellement l'existence de l'épuisement professionnel reviendrait à reconnaître le métier d'infirmière comme un métier où l'on donne beaucoup de soi et dont les membres font preuve d'un engagement personnel plus important que dans d'autres activités. Ainsi, le discours sur la mauvaise fatigue infirmière renforce l'imaginaire infirmier. Dans le même temps, il exprime bien la difficulté posée par la réalisation de l'idéal professionnel d'une infirmière se voulant à la fois proche et distanciée du malade. Lors des entretiens, la plupart des infirmières rencontrées ont exprimé leur satisfaction de voir leurs problèmes de stress et de fatigue pris en compte et donc reconnus. De même, l'intérêt et la sollicitude que peut porter, dans certains services, la psychologue sont vécus très positivement. Les infirmières qui n'ont pas eu ce genre d'expérience l'envisagent également de façon très positive. Les entretiens ont montré que la psychologue est le professionnel de santé dont les infirmières attendent le plus.

L'intérêt des cadres, des institutions hospitalières et des infirmières elles-mêmes explique probablement l'écho qu'ont eu les travaux sur

le burn out dans la presse professionnelle. Les autres acteurs qui pouvaient avoir, à l'hôpital, un discours critique sur le burn out, comme les syndicats et certains médecins du travail, se sont retrouvés, dans cette histoire, largement marginalisés. On peut alors parler d'une sorte de compromis implicite entre les principaux acteurs concernés pour faire de l'épuisement professionnel la mise en forme officielle des problèmes de fatigue et de stress des soignants à l'hôpital.

L'institutionnalisation inachevée

Malgré l'intérêt soulevé par les recherches sur l'épuisement professionnel et la fréquence des références à ce terme dans les discours sur les conditions de travail, l'institutionnalisation du problème « burn out des infirmières » est restée partielle. D'un côté, les institutions hospitalières, notamment l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, ont mené, principalement dans les services considérés comme « à risques », des campagnes de prévention de l'épuisement professionnel, tandis que d'un autre côté, cette entité n'est pas devenue une catégorie ouvrant des droits particuliers en matière de protection sociale des soignants.

A l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, la prévention du burn out s'est faite à travers plusieurs axes d'intervention. Par exemple, des brochures d'information ont été distribuées au personnel avec, à l'intérieur, un petit test d'auto-évaluation inspiré du *MBI*. Des stages de formation à la gestion de l'épuisement professionnel ont été proposés et des groupes de paroles mis en place dans certains services.

Toutefois, alors que l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris consacre, par le biais de ses formations et études internes, un intérêt non négligeable aux questions de stress et d'épuisement professionnel, ces entités nosologiques n'offrent aucun droit ni statut particulier en médecine du travail, à moins d'être traitées à travers les catégories classiques de la psychiatrie. D'ailleurs, la médecine du travail, à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, apparaît quelque peu en retrait voire marginalisée sur cette question du stress et de l'épuisement professionnel qui est plutôt traitée comme

un problème de formation ou de gestion des ressources humaines. Le fait d'être victime de burn out n'offre en effet aucun droit particulier à l'arrêt maladie ou au reclassement dans un service ou un emploi moins « lourds » pour les victimes. Celles-ci se trouvent obligées de demander un arrêt maladie en médecine de ville qui doit être prolongé, au bout de trois mois, par un congé de longue durée.

Pourtant, le risque d'être obligé de prendre un congé de longue durée pour faire face à des difficultés psychiques est bien réel. En 1999, il y avait à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris 1174 agents (hors-médecins qui ne dépendent pas des mêmes services de médecine du travail) en congé de longue durée et dans 70 % des cas, le motif principal était une « affection mentale ». D'après une étude interne récente menée sur les dossiers d'agents ayant eu au moins trois jours de congé de longue durée sur l'année 2000, 62 % concernent des soignants (infirmiers, puéricultrices ou aides-soignants), alors que ce n'est le cas que de 49 % des congés de longue durée pour des pathologies cancéreuses. La fonction soignante semble donc bien caractérisée par un risque accru de devoir prendre un congé de longue durée pour motif psychiatrique. Dans 70 % des dossiers de congé de longue durée pour motif psychiatrique, il s'agit d'un diagnostic de dépression réactionnelle ; attribué dans 19 % des cas, par les experts consultés, à une cause professionnelle. Toutefois, les catégories utilisées par les experts sont celles de la psychiatrie classique et deux cas seulement « d'épuisement professionnel » (sur 510 « dépressions réactionnelles ») sont signalés, malgré le « succès » qu'a connu cette entité nosologique nouvelle auprès des psychologues, des directeurs de ressources humaines et des cadres infirmiers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris.

Les experts auprès de la commission médicale d'établissement de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, qui statuent sur la validité des congés de longue durée, ne reconnaissent d'ailleurs pas particulièrement la notion d'épuisement professionnel et lui préfèrent les catégories plus classiques de la nosographie psychiatrique standard.

Cette institutionnalisation partielle s'est trouvée également remise en cause à la suite de certains

retours d'expérience plutôt négatifs sur les pratiques de prévention du burn out. Au départ très demandeuses de stages, de formations et de soutien psychologique, certaines infirmières en sont revenues avec l'impression qu'on s'était moqué d'elles : culpabilisation de celles qui n'auraient pas été capables de gérer le stress et les relations avec les malades ; recettes jugées simplistes de relaxation, etc. De façon peut-être un peu excessive, Anne-Perrault-Soliveres, surveillante de nuit et responsable des formations aux conditions de travail dans son hôpital, remarque que « les infirmières sont extrêmement méfiantes de tout ce qui s'apparente à la psychologie bien que cherchant désespérément des solutions personnelles dans ces courants parallèles. C'est ainsi que sont très courues toutes les techniques visant à modifier le comportement, ce que je nomme la psychologie de supermarché. La psychologie comme la psychanalyse ou la psychiatrie ne sont ainsi pas des solutions au malaise, contrairement à ce que j'ai cru longtemps (jusqu'à l'arrivée des psychologues à l'hôpital). » En fait, toutes les interventions n'ont pas provoqué une telle déception, mais elles sont très dépendantes de la qualité professionnelle et humaine des « psy » recrutés et celle-ci semble avoir été variable. Dans certains cas, notamment quand un travail était fait sur les règles collectives de métier, l'intervention psychologique a pu être très profitable.

Les responsables de la formation auraient également eu des problèmes avec des intervenants ne présentant pas toutes les garanties de sérieux (rumeur sur l'infiltration de sectes dans certaines formations, psychothérapeutes auto-proclamés, etc.). Les actions de prévention du burn out se poursuivent donc sur un rythme ralenti et avec un moindre engouement, d'autant que d'autres thèmes sont apparus dans les discours sur la souffrance des soignants.

Conclusion

Depuis deux ou trois ans, de nombreux signes indiquent en effet qu'une autre mise en forme de la souffrance et du malaise des soignants se développe et gagne du terrain par rapport aux analyses en terme de burn out. Autour des thèmes de la violence au travail et du harcèle-

ment moral. Les dernières brochures produites et diffusées auprès des patients portent maintenant sur le stress lié à l'agressivité des malades et l'épuisement professionnel est relégué au statut de cas particulier de cette catégorie plus vaste. Un nouveau compromis implicite semble s'ébaucher autour des thèmes de la violence et du harcèlement. L'intérêt, pour les acteurs impliqués, est de pouvoir définir plus précisément un « coupable », un « responsable ». La violence dans la société, l'incivilité des patients, quelques cadres à la personnalité perverse sont la cause du malaise. Pas plus que la théorie du burn out, cette vision des choses ne remet en cause l'organisation et les conditions de travail, mais elle permet d'éviter une culpabilisation des soignants. Un compromis peut se faire, entre la direction et le personnel autour de la lutte contre les fauteurs de troubles.



Cet exemple du burn out montre les possibilités de développement et les effets d'une théorie sur les conditions de travail dans un milieu social particulier. Non seulement le succès des explications psychologisantes de l'épuisement doit beaucoup aux enjeux et aux interrogations

qui ont traversé dans les années 1990 les milieux infirmiers, mais les théories véhiculées par le burn out ont également participé aux efforts de normalisation de la profession : mise en avant de la compétence relationnelle, de la gestion des affects et des mécontentements, protocolisation des pratiques, etc.

Cependant, tous les milieux professionnels n'ont pas accepté avec la même sympathie cette version de leurs difficultés. Ainsi, les syndicats de policiers ont-ils rejetés, en 1996, une étude menée par un médecin de la police nationale et qui expliquait les suicides de policiers par un taux élevé de burn out dans la profession. Selon la Fédération autonome des syndicats de police, il était « scandaleux de présenter les policiers comme des névrosés alors que le problème était le manque de moyens et d'effectifs ». Par ailleurs, pour les professions à propos desquelles a été évoqué le burn out, comme les cadres ou les travailleurs sociaux, la description du syndrome était tellement différente, qu'il est possible de se demander dans quelle mesure nous n'aurions pas affaire à une catégorie *ad hoc*, adaptée aux enjeux et aux problèmes spécifiques de chacun de ces groupes. L'approche en terme de construction sociale apparaît alors pleinement justifiée. ●

Notes

(1) Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel, pourrait être défini, de façon large, comme une forme spécifique de dépression réactionnelle liée aux activités professionnelles impliquant une relation d'aide. Mais ce terme a également été employé pour les cadres (Aubert et Pages, 1989).

(2) Bien entendu, cela ne signifie pas que le burn out soit la seule mise en forme possible de la fatigue au travail.

(3) A titre d'exemple de ce type d'approche, on peut citer, dans le domaine de la santé au travail, l'article fondateur d'Edwin Lemert (1967) sur la paranoïa et les phénomènes de harcèlement, les travaux de Gary Dworkin (2001) sur le burn out des enseignants américains, l'étude de Françoise Piotet (2001) sur le syndrome du canal carpien chez des cableuses, etc.

(4) A.E Dembe (1996) développe ainsi les exemples des surdités professionnelles, du mal de dos et des lésions d'effort. De même, Brian Martin et Gabriele Bammer (1992) ont rendu compte de la façon dont les troubles musculo-squelettiques ont été reconnus en Australie.

(5) Pour la reconnaissance des maladies professionnelles en France, il est possible d'évoquer l'étude d'Annie Thébaud-Mony (1991). De façon plus générale, la sociologie de la médecine a largement développé cette voie : par exemple pour le cas des maladies mentales, les travaux de Thomas Scheff (1994).

(6) Cette expression est empruntée à Howard Becker (1985). Elle traduit l'idée que les normes sont produites par un travail collectif, un peu comme une entreprise produit un bien ou un service.

(7) L'existence d'un marqueur physiologique n'empêche d'ailleurs pas que, dans un premier temps, des controverses éclatent sur la réalité ou la spécificité d'un trouble. Steven Epstein (2001) montre ainsi, à propos du SIDA, comment le lien entre le virus HIV et la maladie a été discuté jusqu'en 1991, avant de faire l'objet d'un consensus total dans la communauté scientifique.

(8) Ce mécanisme a été observé, entre autres, par Anne Marie Guillemard (1986) à propos de la politique de mode de vie et d'insertion sociale des personnes âgées dans les années 1960, ou par Henri Bergeron à propos de la mise en œuvre de la politique française de lutte contre la toxicomanie (Bergeron, 1999).

Les références bibliographiques sont disponibles sur demande.

Le burn out chez le médecin



LE BURN OUT

.....

Alain Lutz nous propose une mise en perspective du burn out des médecins dans le cadre général de leur santé mentale, avec ses facteurs de stress spécifiques, et souligne les difficultés de la prise en charge de ces patients qui ne se considèrent pas « comme les autres ».

.....

La santé mentale des médecins est un sujet de plus en plus préoccupant. Les psychiatres sont de plus en plus consultés par leurs confrères. Les études attestent de ce phénomène. Ainsi, en 1998, l'Association médicale canadienne a mis en évidence que les médecins présentent une incidence moindre d'accident cardiovasculaire et de cancer que la population générale. Par contre, on retrouve parmi les médecins une incidence accrue de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, d'alcoolisme et de dépendance soit aux benzodiazépines, soit aux opiacés.

Dès lors, notre réflexion doit suivre deux axes :

1. Quelles sont les causes de ce phénomène ?
2. La prise en charge psychiatrique d'un médecin est-elle différente de celle d'un autre patient ?

Les facteurs de stress

Il est couramment admis que la vie d'un médecin est stressante. En effet, celui-ci travaille beaucoup, dort peu (particulièrement lorsqu'il fait des gardes), prend des responsabilités importantes et est quotidiennement confronté à des questionnements éthiques. En outre, il doit faire face à la mort et les philosophes nous ont appris qu'il s'agit là de la chose la plus angoissante pour un homme occidental.

Mais, tous ces éléments n'ont rien de bien neuf. On peut raisonnablement accepter qu'il y a cinquante ans, un médecin était déjà confronté aux mêmes difficultés. Alors, quels seraient les nouveaux facteurs de stress ?

- Le premier est sans nul doute l'augmentation impressionnante des connaissances médicales au cours de ces dernières années. Tout médecin qui veut maîtriser son art doit s'informer quotidiennement, ce qui lui demande du temps et un accès facile aux banques de données. En outre, les publications scientifiques évoluent à une vitesse telle que le praticien ne peut jamais être sûr d'être à la pointe.
- L'apparition des nouvelles technologies est également un facteur de stress important. En effet, il faut pouvoir les maîtriser mais, en outre, elles sont coûteuses. Lorsqu'un jeune médecin installe son cabinet, il se trouve confronté à des choix difficiles. Peut-il s'équiper correctement sans dépenser des sommes somptueuses ?
- Nous en arrivons ainsi à un problème crucial. De nombreux médecins sont confrontés à des difficultés financières. Il leur faut rembourser un emprunt hypothécaire, l'emprunt d'emménagement du cabinet et un éventuel prêt d'études. Ceci constitue un poids certain mais, en outre, diminue la marge de manœuvres de l'intéressé. En effet, si un jour il souhaite changer son mode de vie, les échéances financières l'en empêchent et il se sent ainsi prisonnier d'une situation déplaisante.
- Dans de nombreux pays règne une incertitude quant à l'avenir du système de soins. L'impossibilité de pouvoir se représenter l'avenir est, pour toute personne, un élément angoissant.
- L'impact des fusions hospitalières ne peut être négligé. De nombreux médecins se sentent soudainement et injustement dépouillés de ce qu'ils ont construit. Fréquemment, ils le ressentent comme de l'ingratitude. Sur le plan des relations personnelles, il s'agit d'une difficulté non négligeable. Un service grandit petit à petit ; idéalement, ses membres choisissent de travailler ensemble. Apprendre qu'il faudra collaborer avec de nouveaux collègues, voire un nouveau chef de service, peut engendrer une peur légitime.
- Les patients sont de plus en plus exigeants

Alain Lutz, psychiatre, chargé de cours, faculté de médecine, département de neurologie et de psychiatrie, université catholique de Louvain.

Extrait du syllabus Eléments de psychopathologie et paru dans Louvain médical, janvier 2002, vol. 121, n° 1.

Mots clés : santé mentale, travail et santé.

vis-à-vis du corps médical. Ils arrivent régulièrement à la consultation en s'étant déjà largement documenté sur leur maladie. Aux Etats-Unis, il existe un site payant sur Internet : celui-ci permet aux patients d'introduire leur cas et le diagnostic du médecin consulté ; celui-ci est alors critiqué par les spécialistes du site...

- Le nombre de procès intentés aux médecins est en nombre croissant.
- L'esprit de compétition dans les milieux universitaires a atteint un niveau difficilement supportable.
- Enfin, le harcèlement sexuel et la peur d'en parler deviennent un phénomène préoccupant.

Dickstein est professeur de psychiatrie à l'Université de Louisville. En mai 2001, elle a présenté une étude au congrès de l'Association américaine de psychiatrie. Celle-ci montre qu'aux Etats-Unis plus d'un assistant sur quatre présente une dépression majeure avant la fin de sa spécialisation. Dans la littérature, la prévalence sur la vie de la dépression majeure varie entre 12% et 18%. Parmi les assistants américains, la prévalence sur six ans est de 25%. Il y a là de quoi nous inquiéter.

Le burn out

Le burn out est un syndrome présentant trois caractéristiques principales :

- un affaiblissement psychique et physique ;
- une perte d'empathie voire du cynisme ;
- une diminution du rendement et un absentéisme.

Ce syndrome est régulièrement associé à une assuétude.

Le burn out n'est pas tant la conséquence d'un stress extrême que d'un déséquilibre entre le stress quotidien et le *return*. Expliquons-nous. Toute activité médicale engendre un certain niveau de stress. A titre d'exemple, le travail en salle d'urgence, au quartier opératoire ou aux soins intensifs engendre un état de tension. Celui-ci est généralement bien toléré pour autant que le soignant reçoive un *return*, c'est-à-dire une gratification ou au moins un sentiment d'efficacité. Le burn out apparaît généralement lorsque ce *return* s'affaiblit.

Dans certains pays, le burn out a atteint de proportions impressionnantes. Ainsi, en Suède, un médecin hospitalier sur trois demande une nouvelle affectation alors qu'un médecin sur dix souhaite quitter la profession médicale.

En France, dans les hôpitaux universitaires, plus d'un chef de service sur trois souhaite abandonner ses fonctions alors que près d'un non-chef de service sur deux refuserait cette promotion si elle lui était proposée. Comment comprendre les résultats de cette étude alors qu'il y a peu le poste de chef de service dans un hôpital universitaire représentait encore le sommet de la carrière médicale ? Selon Masquelet, les charges qui pèsent sur les épaules d'un chef de service sont devenues de plus en plus écrasantes : on attend de lui qu'il soit un excellent clinicien mais également un bon gestionnaire ; il lui faut enseigner et diriger de nombreux travaux de recherche.

Parallèlement, son pouvoir de décision s'est considérablement réduit au profit d'une direction de plus en plus administrative.

On retrouve donc ici un phénomène de déséquilibre.

Les défis de la prise en charge

Il est assez habituel de dire qu'un médecin malade doit être traité comme tout autre patient. S'il est convenable de tenir cette position, il existe pourtant des défis dans la prise en charge psychiatrique du médecin-patient.

● Les préjugés

On retrouve, parmi les médecins, les mêmes préjugés que dans la population générale (peur d'être considéré comme fou, comme un faible...).

Mais il y a des éléments particuliers au médecin. Ainsi, dans certaines facultés, la psychiatrie n'est pas reconnue comme une science médicale à part entière. D'autre part, la difficulté du médecin-patient est d'accepter qu'il est malade. Et lorsqu'il l'accepte, la honte est souvent intense. Ceci s'explique peut-être par le fait que les médecins placent leur idéal de vie fort haut ; ils ne peuvent se permettre aucune erreur, aucun manquement... Dès lors, lorsque l'un d'eux « craque », il se sent terriblement inférieur à



ses collègues.

Les préjugés sont particulièrement délétères en ce sens qu'ils retardent le traitement et peuvent, dès lors, péjorer le pronostic.

● Accepter le rôle du patient

Le médecin se doit de tout contrôler, dans l'exercice de sa profession. C'est ce qu'on attend de lui. Or, l'acceptation du rôle du patient entraîne une perte de contrôle. Et si l'habitude est une seconde nature, cela ne peut se faire sans réticence.

D'autre part, l'inquiétude des médecins-patients est souvent consécutive à la connaissance théorique (parfois erronée) de la maladie, du traitement et du pronostic. Il n'est pas rare d'entendre un médecin affirmer que la dépression est une maladie incurable...

● L'automédication

L'automédication est compréhensible et prévisible. Le médecin a un accès facile aux médicaments. En outre, il est gêné d'être malade et tient à rester autonome.

A la consultation de psychiatrie, il est donc bien rare de voir un médecin qui ne se soit pas automédiqué.

Il est essentiel que, dès la première consultation, le psychiatre clarifie les rôles et qu'il assume, lui seul, la prescription médicamenteuse.

● Le mensonge

Le médecin-patient peut cacher délibérément des éléments anamnestiques importants lors d'une consultation psychiatrique. Ses craintes sont multiples : il peut avoir peur du traitement, d'une hospitalisation en psychiatrie voire d'une mise en observation.

Lorsqu'un médecin travaille en milieu hospitalier, il consulte souvent là où il travaille. Mais y a-t-il collusion entre le psychiatre et son employeur ?

Enfin, quel que soit le type de pratique du médecin-patient, il peut se méfier d'un éventuel rapport du psychiatre à l'Ordre des médecins. Certes, le psychiatre est tenu au secret médical. Mais, l'état de nécessité ne le poussera-t-il pas à alerter l'Ordre ? A cet égard, le psychiatre doit rassurer le patient.

● La méconnaissance des troubles anxieux

Il faut systématiquement rechercher la présence de troubles anxieux chez les étudiants en médecine et chez les médecins et, particulièrement, la phobie spécifique, la phobie sociale, les attaques de panique et les troubles obsessionnels compulsifs.

A la consultation, il ne faut pas s'étonner d'entendre un étudiant en médecine déclarer sa phobie du sang ou des injections. De même, certains assistants sont devenus maîtres dans

l'évitement des staffs tant la crainte de parler en public est grande.

Dans le milieu médical, les attaques de panique paraissent inavouables. Quant aux troubles obsessionnels compulsifs, on comprend que dans un milieu aussi exigeant certains médecins décompensent sur ce mode-là.

La comorbidité des troubles anxieux n'est pas négligeable. Ainsi, un trouble anxieux peut être associé :

- à un autre trouble anxieux ;
- à un trouble de l'humeur ;
- à une assuétude ;
- à un trouble du comportement alimentaire.

Le traitement ne se limite pas à une prescription médicamenteuse mais il faut la plupart du temps envisager une psychothérapie individuelle ainsi que des entretiens de famille.

Finalement, puisqu'il vaut mieux prévenir que guérir, il serait bon que dans les hôpitaux, les médecins soient plus impliqués dans les décisions qui les concernent et qu'il y ait une concertation entre les différents niveaux hiérarchiques. Et, en fin de compte, le mieux ne serait-il pas de renforcer la solidarité entre confrères ? Mais cela, nous sommes les seuls à pouvoir le faire... ●

Conclusion

« Lorsqu'on traite un médecin, c'est un patient comme un autre ». Cette phrase, cent fois redite, doit sans doute être considérée comme une pratique idéale vers laquelle on tend mais qui présente de nombreux défis. Malgré ceux-ci, le traitement psychiatrique des médecins est associé à un excellent pronostic. Pour autant, il faudrait améliorer les possibilités de soins aux étudiants en médecine et aux médecins. Il est désormais indispensable que les facultés de médecine offrent un éventail de programmes d'appui aux étudiants en médecine, aux assistants et aux médecins actifs qui sont très exposés à la consommation de substances et à la toxicomanie, ou aux maladies psychiatriques. Les programmes d'appui et d'aide aux médecins devraient être facilement accessibles et rigoureusement confidentiels. Il serait également nécessaire d'établir des groupes d'entraide spécialisés pour les médecins qui ont des besoins particuliers comme ceux qui font face à des poursuites pour faute professionnelle ou à des audiences disciplinaires, ou ceux qui ont une incapacité de longue durée ou permanente.



Santé des médecins de premier recours en Suisse

Résultats de la première enquête nationale

.....
Quelle est l'importance du burn out ? Nous avons choisi une étude suisse pour « chiffrer » les aspects du burn out, en raison de son caractère méticuleux, des similitudes globales de l'exercice de la médecine en Suisse et en Belgique et aussi parce qu'elle développe de nombreuses comparaisons internationales, nous offrant ainsi un large tableau du phénomène.

.....
Au printemps 2002, sous l'impulsion du Collège de médecine de premier recours et avec le soutien de l'Académie suisse des sciences médicales, une grande enquête épidémiologique sur l'état de santé des médecins de premier recours suisses a été réalisée par un groupe de praticiens installés, en collaboration avec le département de médecine communautaire et le service Qualité des soins des hôpitaux cantonaux universitaires de Genève.

● Méthode

Nous avons envoyé un questionnaire de 158 questions à un échantillon aléatoire de 3000 médecins de premier recours, identifiés dans le fichier d'adresses de la Fédération des médecins suisses. Comme médecins de premier recours, nous avons sélectionné les porteurs d'un titre de spécialiste en médecine générale, médecine interne générale et pédiatrie. Nous avons également inclus les médecins praticiens sans titre de spécialiste. Parmi ces 3000 médecins, 244 ont été exclus pour diverses

raisons : 218 ne se considéraient pas comme des médecins de premier recours, 15 n'exerçaient plus, 3 personnes étaient décédées et 8 avaient des adresses incorrectes. Le questionnaire était constitué de questions standardisées et validées sur la santé, l'épuisement professionnel, la satisfaction professionnelle, la consommation de tabac, d'alcool et de médicaments. Il a été complété par des questions spécifiques sur la charge de travail, les comportements de recherche de soins (consultations médicales, idées suicidaires), les facteurs de stress dans la vie professionnelle et privée et les stratégies de lutte contre le stress.

● Résultats

Après un premier envoi et deux rappels, 1784 médecins ont renvoyé un questionnaire rempli, soit un taux de réponse de 65 %. Les femmes ont été un peu moins nombreuses à répondre, de même que les médecins tessinois, les internistes généralistes et les praticiens sans titre de spécialiste (tableau 1). Les médecins généralistes ont été plus de 70 % à répondre, preuve de leur intérêt pour les sujets abordés !!

● Etat de santé et suicidalité

Une majorité des participants à l'enquête pensent que leur santé est très bonne (41 %),

Patrick Bovier,
médecin
interniste à
Genève, **Martine
Bovier
Gallacchi**,
médecin
interniste à
Melide (Tessin),
**Catherine
Goehring**,
médecin
interniste à
Biasca (Tessin),
Beat Künzi,
médecin
généraliste à
Berne.

Article paru dans
Primary care
2004 ; 4 (38),
pp. 716-8 .
(<http://www.primary-care.ch>).

		Taux de participation	
		n	%
Sexe	femme	293	61
	homme	1491	66
Langue	allemand	1303	66
	français	433	63
	italien	48	59
Titre FMH	généraliste	805	73
	interniste	596	60
	pédiatre	164	68
	sans titre FMH	219	51

Tableau 1. Taux de réponse des participants.

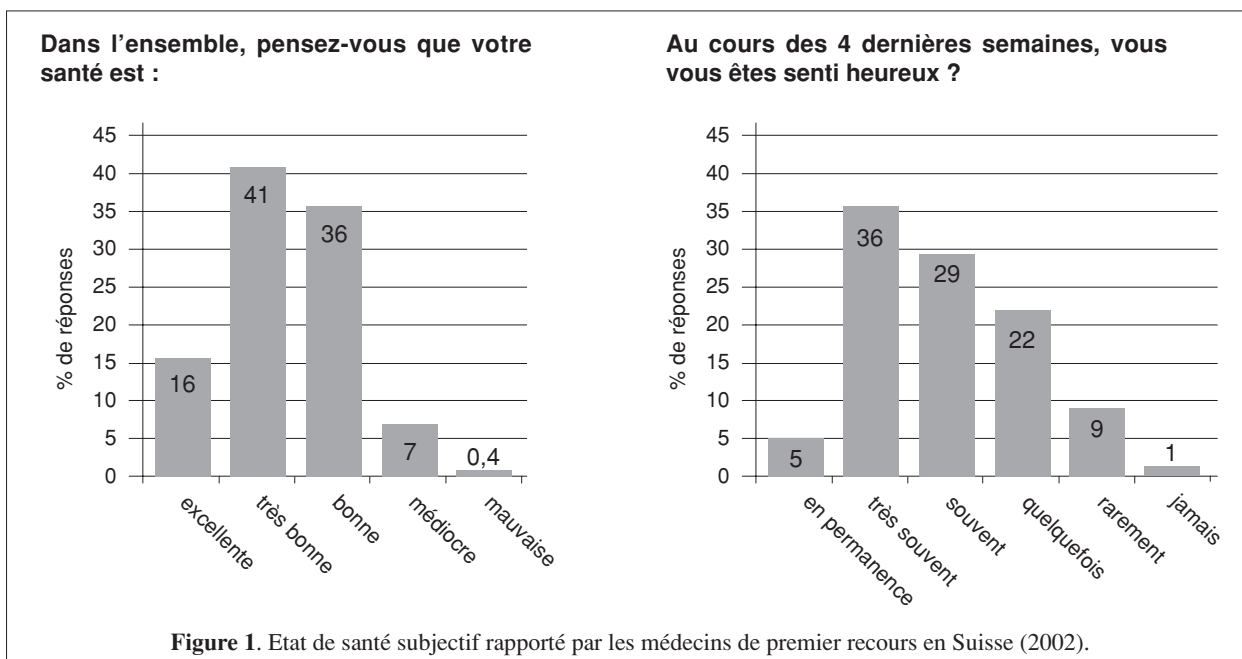
Mots clés : santé mentale, médecine générale.

**Santé des médecins de premier recours en Suisse
Résultats de la première enquête nationale**

voire excellente (16 %). Soixante-neuf pour cent se sont sentis heureux « souvent », « très souvent » ou « en permanence » au cours des quatre dernières semaines (figure 1).

En comparaison avec d'autres données suisses, une santé « excellente » avait été rapportée par 19 % des étudiants immatriculés à l'Université de Genève et 21 % des médecins internes et chefs de clinique des hôpitaux cantonaux

le taux de pensées suicidaires était plus élevé chez les généralistes (14 %), mais semblable à nos résultats parmi des consultants hospitaliers (5 %). En ce qui concerne le taux de suicide, des données de l'Office fédéral de la statistique entre 1979 et 1988 montraient un risque relatif de décès par suicide de trois à six fois plus élevé parmi les médecins, par rapport à une population du même âge. Malheureusement depuis



universitaires de Genève et une santé « bonne » par 42 % et 37 % respectivement. Seuls 2 % des médecins internes et chefs de clinique des hôpitaux cantonaux universitaires de Genève étaient heureux « en permanence », 20 % « très souvent » et 31 % « quelquefois ».

Concernant le suicide, plus des deux tiers des médecins interrogés (69 %) disent avoir entendu parler d'un (ou plusieurs) cas qu'ils ne connaissaient pas personnellement. Un peu moins de la moitié (43 %) affirment connaître personnellement un collègue qui s'est suicidé. Près d'un tiers (28 %) expliquent avoir connu eux-mêmes une phase suicidaire. Enfin, 5 % des médecins ont des pensées suicidaires actuelles. Ces chiffres sont à considérer avec précaution, car les statistiques en la matière sont d'une pauvreté déconcertante ; elles interdisent donc toute comparaison avec d'autres corps de métier en Suisse ou à l'étranger. Dans une étude anglaise,

1988, l'Office fédéral de la statistique n'enregistre plus la profession des personnes décédées lors d'un suicide. Sur le plan international, une revue systématique portant sur le suicide chez les médecins a montré que le risque relatif par rapport à la population générale était de 1,3 à 3,4 chez les hommes et de 2,5 à 5,7 chez les femmes.

● Epuisement professionnel ou burn out

Les questions que nous avons utilisées pour mesurer cet aspect de la profession des médecins de premier recours permettent de définir trois axes : l'épuisement émotionnel, le sentiment de dépersonnalisation (perte d'intérêt vis-à-vis des patients, considérés comme des objets impersonnels) et l'accomplissement personnel (sentiment de gratification/valorisation au travers de l'activité professionnelle). Pour chacun de ces trois aspects du burn out, environ



LE BURN OUT

un médecin sur cinq atteint des scores élevés (19 %, 23 % et 16 % respectivement). Un médecin sur trois (31 %) atteint des scores élevés sur les échelles d'épuisement émotionnel ou de dépersonnalisation. Une étude effectuée auprès de 457 infirmiers et infirmières suisses en 1991 avait montré des taux d'épuisement émotionnel légèrement plus élevés (25 %), des taux de dépersonnalisation plus bas (13 %) et des taux d'accomplissement personnel semblables (16 %). Il faut cependant noter que l'échantillon normatif utilisé (donc les seuils des scores menant à un burn out élevé) était différent. En comparaison avec les résultats d'études internationales, le taux de burn out est moins élevé dans notre enquête. En effet, en fonction des conditions de travail et des spécialités, les scores élevés d'épuisement émotionnel peuvent varier de 27 % à 53 % selon les auteurs, ceux liés à la dépersonnalisation de 19 % à 64 %, et les scores d'accomplissement personnel de 13 % à 49 %.

Une étude effectuée auprès de 1435 spécialistes hollandais utilisant le *Maslach Burn out Inventory (MBI)* selon un échantillon normatif hollandais a montré que le stress professionnel et la satisfaction professionnelle étaient des prédicteurs importants du burn out, en particulier de l'épuisement émotionnel. Les auteurs concluent à un effet protecteur de la satisfaction professionnelle contre les effets négatifs du stress ; ils soulignent également l'importance des facteurs liés à l'organisation du travail plus que les facteurs personnels dans la gestion du stress. Une autre publication comparant ce même groupe de médecins hollandais avec un groupe de médecins américains conclut que le stress et la satisfaction ont un effet direct sur le burn out, ainsi que les interférences entre le travail et la vie privée. Les variables socio-démographiques, le type de pratique et les heures de travail ont un effet sur le stress et la satisfaction au travers des variables médiatrices, que sont le contrôle sur le travail, les interférences entre le travail et la vie privée et le soutien de l'entourage. Le taux de burn out des médecins américains est de 22 % (mesuré sur une échelle différente de celle du *MBI*) et le taux de burn out des médecins hollandais, mesuré par la dimension de l'épuisement émotionnel selon le *MBI* est de 11 à 22 %. Les propositions pour la prévention du burn out, basées sur ce

travail, sont l'amélioration du contrôle des médecins sur leur travail et la diminution des interférences entre le travail et la vie privée. Dans le groupe américain, le burn out était plus élevé chez les femmes que chez les hommes (28 vs. 21 %, $p < 0,01$), alors qu'il n'y avait pas de différence significative entre femmes et hommes chez les médecins hollandais.

Si seul un médecin de premier recours sur cinq montre des signes de burn out en Suisse, taux encore raisonnable par rapport à d'autres études internationales, celui-ci pourrait augmenter, suite aux changements du système de santé qui sont en cours, comme cela s'est déjà produit dans d'autres pays.

Et en Belgique ?

Une enquête a été réalisée en 2001 pour le Journal du médecin par Vincent Claes et Pascal Selleslagh. Sur 26.000 questionnaires envoyés, ils reçurent près de 1.500 réponses, dont il ressort que quasiment un médecin sur deux se trouve dans une zone critique selon l'échelle Maslach Burn Out Inventory (MBI) : 45 % des répondants, sans différences entre femmes et hommes, se trouvent en situation d'épuisement émotionnel. Par contre, seulement un répondant sur cinq présente un sentiment d'incompétence et de perte d'estime de soi, avec une prépondérance masculine pour ce critère. Ce genre d'enquête présente toutefois un biais potentiel, celui d'aspirer les personnes qui seront plus motivées à répondre parce qu'elles se sentent concernées par la problématique.

Axel Hoffman

● **Comportement de recherche de soins**

Un tiers des participants à l'enquête (35 %) avoue avoir de la difficulté à être soigné et seul un sur cinq (21 %) a un médecin de famille, contre 89 % pour la population suisse. Au cours des douze derniers mois, un peu plus de la moitié ont consulté un thérapeute (53 %) : 13 % ont consulté un médecin de premier recours, 10 % un collègue de travail, 8 % un spécialiste de santé mentale et 28 % un autre médecin ou thérapeute (57 % des femmes médecins ont consulté un gynécologue). Ce taux de recours

Santé des médecins de premier recours en Suisse
 Résultats de la première enquête nationale

à un thérapeute est plus bas que celui de la population suisse (79 %), mais nettement plus élevé en ce qui concerne les problèmes psychiques (seuls 4 % des personnes de l'enquête suisse sur la santé ont consulté un thérapeute au cours des douze derniers mois pour un problème psychique, dont 55 % un psychiatre). Enfin, 41 % des médecins qui ont répondu éprouvent de la difficulté à soigner des confrères.

Ces comportements de recherche de soins vont à l'encontre des recommandations élaborées par certaines associations médicales qui préconisent que tout médecin ait lui-même un médecin traitant.

● **Prise de médicaments**

Au cours des sept derniers jours, 65 % des médecins déclarent avoir pris un médicament quelconque, dont neuf fois sur dix en automédication. Ce chiffre est nettement supérieur à la population suisse, où seuls 41 % des personnes sondées en 1997 et 42 % en 1992 affirmaient avoir pris un médicament dans la dernière semaine écoulée. Les médicaments les plus souvent pris sont des anti-douleurs (34 %), suivis par les anti-hypertenseurs (13 %), les benzodiazépines (9 %) et les antidépresseurs (7 %). La consommation d'anti-hypertenseurs est similaire (11 %), alors que la prise d'antalgiques est nettement plus basse dans la population suisse (17 %). Seules les personnes de plus de septante-cinq ans ont une consommation d'antalgiques équivalente !

En ce qui concerne la prise d'antidépresseurs, celle-ci n'est que de 5 % dans la population générale.

● **Tabagisme et consommation d'alcool**

La proportion de fumeurs réguliers chez les médecins de premier recours est de 12,4 % (tableau 2). Ce taux peut être comparé aux résultats de l'enquête suisse sur la consommation de tabac, aussi appelée « Tabak-monitoring », qui se déroule depuis janvier 2001 par interview téléphonique auprès d'un échantillon représentatif de 2500 personnes âgées de 14 à 65 ans chaque trimestre. Selon les résultats de 2001–2002, publiés en juin 2003, 32 % de la population fume (23 % quotidiennement et 9 % occasionnellement), 19 % sont des ex-fumeurs et 49 % n'ont jamais fumé. Les hommes fument plus que les femmes (37 % vs. 29 %). Les personnes ayant une formation supérieure fument moins que celles avec une formation inférieure (20 % vs. 31 %). Les médecins de premier recours fument donc nettement moins que la population générale, et également moins que la population ayant fait des études supérieures.

La consommation régulière d'alcool est par contre nettement plus répandue que dans la population suisse : seuls 3 % des hommes médecins se disent abstinents contre 14 % dans la population masculine suisse. Chez les femmes médecins également, seuls 12 % des praticiennes sont abstinents par rapport à 30 % des femmes suisses. Les études effectuées dans d'autres pays sur la prévalence de l'alcoolisme chez les médecins praticiens apportent des résultats contradictoires : le risque ne semble cependant pas plus élevé que dans une population de niveau socioéconomique comparable. Les autres problèmes d'addiction, en particulier médicamenteuse, semblent par contre plus

Tabagisme	%	% homme	% femme
Non-fumeurs	65	64	71
Ex-fumeurs	22	23	18
Fumeurs actifs	13	13	11
Boissons alcoolisées			
Abstinents au cours des 12 derniers mois	5	3	12
Moins de 6 boissons standards par occasion	61	59	76
6 boissons standards ou plus par occasion	34	38	12

Tableau 2. Tabagisme et consommation de boissons alcoolisées par les médecins de premier recours en Suisse (2002).

fréquents que dans la population générale.

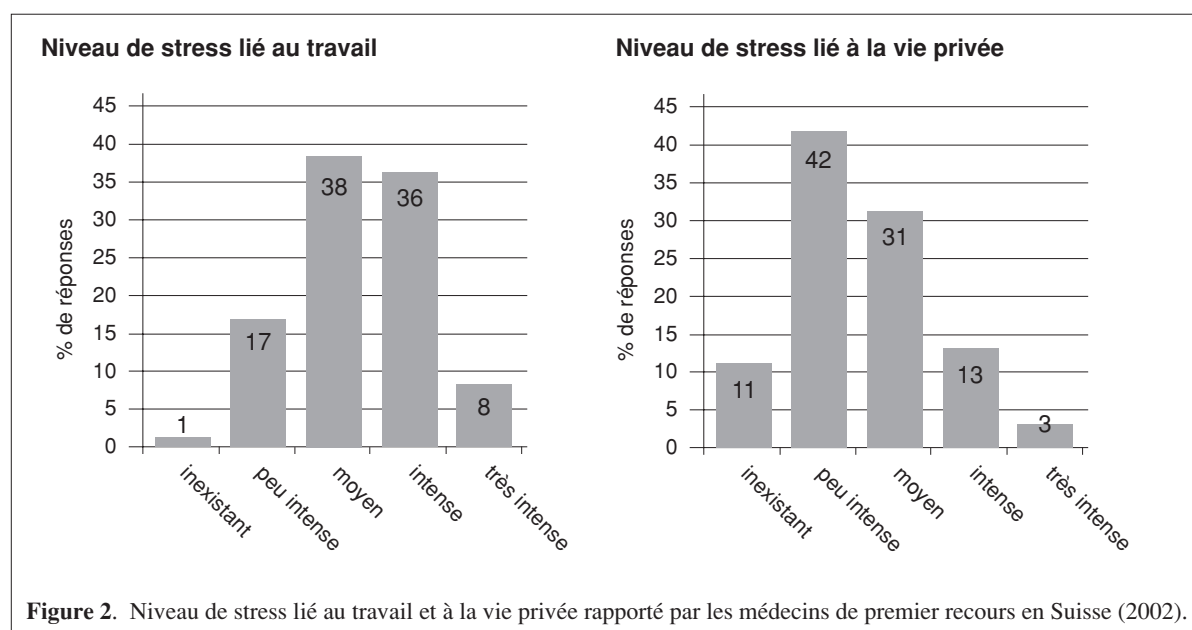
● Facteurs de stress

Le niveau de stress professionnel est intense ou très intense chez 44 % des participants (figure 2). Le stress occasionné par la vie privée est moindre, mais malgré tout intense ou très intense pour 16 % des répondants. L'intensité du stress ressenti varie selon le sexe : les femmes rapportent un niveau de stress un peu moins prononcé que les hommes pour la vie professionnelle (36 % de stress lié au travail intense ou très intense chez les femmes vs. 45 % pour les hommes) et légèrement plus intense pour la vie privée (17 % de stress lié à la vie privée intense ou très intense chez les femmes vs. 16 % pour les hommes).

Bien que ce chiffre résulte d'une simple question, il correspond au taux de stress retrouvé par Caplan (48 %) chez des généralistes anglais. Une autre étude longitudinale auprès de généralistes anglais a estimé la prévalence du stress à 33 %. Ces chiffres sont plus élevés que ceux retrouvés dans la population générale. Les principaux facteurs de stress identifiés par notre collectif sont des facteurs extrinsèques tels que les changements du système de santé suisse, la charge de travail administratif et le travail lié aux assurances, l'image de la médecine dans

les médias et les exigences des patients. Les facteurs intrinsèques tels que l'incertitude diagnostique, la nécessité de maintenir ses connaissances à jour ou l'accompagnement des mourants arrivent loin derrière.

Les Canadiens, dans leur déclaration politique sur la santé des médecins, ont identifié comme principaux facteurs de stress le volume de travail, la privation de sommeil, les exigences de l'enseignement et de la recherche, la crainte de procès pour faute professionnelle et les exigences croissantes de la communauté. Une étude australienne très complète a également mis en évidence comme principaux facteurs de stress des facteurs extrinsèques tels que le bas niveau de rémunération, la pression du temps, les attentes irréalistes de la communauté, l'interférence du Gouvernement et les interférences entre le travail et la vie privée. Selon une étude canadienne menée en 1986 auprès de 2584 médecins, les principales sources de stress étaient le temps de piquet (*time on call*), le total des heures de travail, la nécessité de maintenir ses connaissances à jour, la nécessité de maintenir un revenu adéquat et les relations entre la profession médicale et le Gouvernement. Selon certains auteurs, les facteurs intrinsèques, tel un sens autocritique élevé, joueraient aussi un rôle important dans le stress ressenti par les médecins.



Santé des médecins de premier recours en Suisse
Résultats de la première enquête nationale

● **Stratégies de lutte contre le stress**

Les stratégies utilisées par les médecins de premier recours pour lutter contre le stress professionnel sont en premier lieu des activités extra-professionnelles comme les activités hors cabinet, le contact avec la nature, les voyages, les sports, et les divertissements (figure 3). Les stratégies d'ordre professionnel, comme la délégation, arrivent en cinquième position seulement et ne sont employées que par 39 % des médecins. La supervision n'est utilisée régulièrement que par 16 % des répondants. La baisse des heures de consultation et des dépenses privées n'est utilisée que par une personne sur dix. Enfin, l'interruption du contrat thérapeutique est très rarement pratiquée (1 %).

● **Interférences**
vie privée – vie professionnelle

Pour deux tiers des médecins, le travail déborde souvent sur le temps libre (figure 4). Pour la moitié environ, le travail ne laisse pas suffisamment de temps pour la vie de famille. Comme précédemment décrit, le nombre de gardes effectuées est très variable et la réponse à la question concernant les gardes, jugées excessives par 32 %, est à interpréter dans ce contexte. Un peu moins d'un quart des

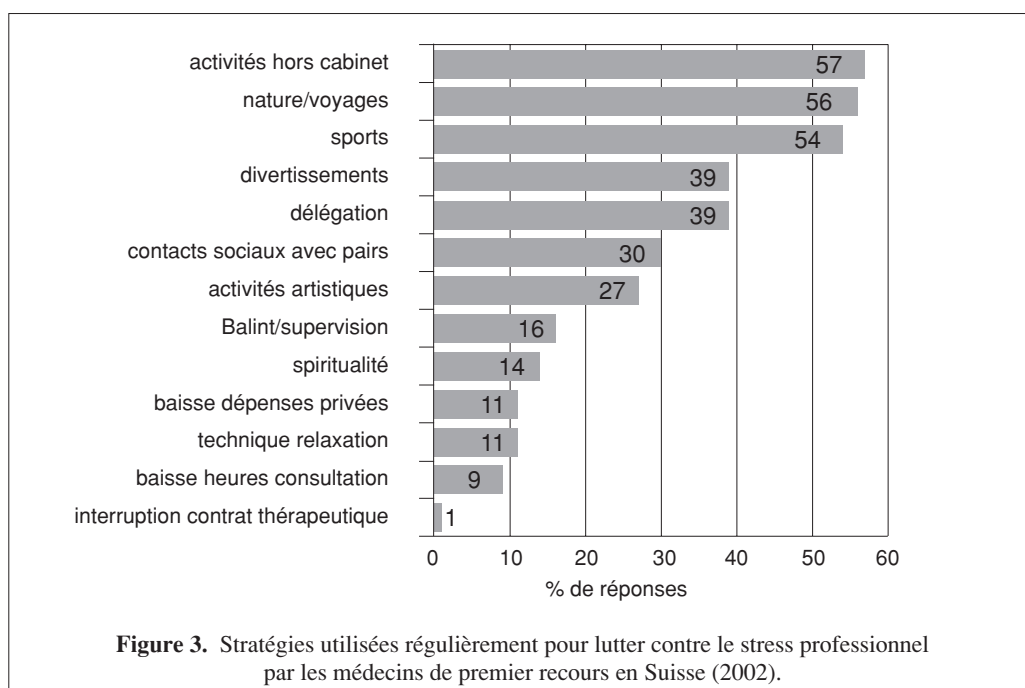
participants est souvent dérangé par les patients dans sa vie privée et la grande majorité s'estime soutenue par son partenaire.

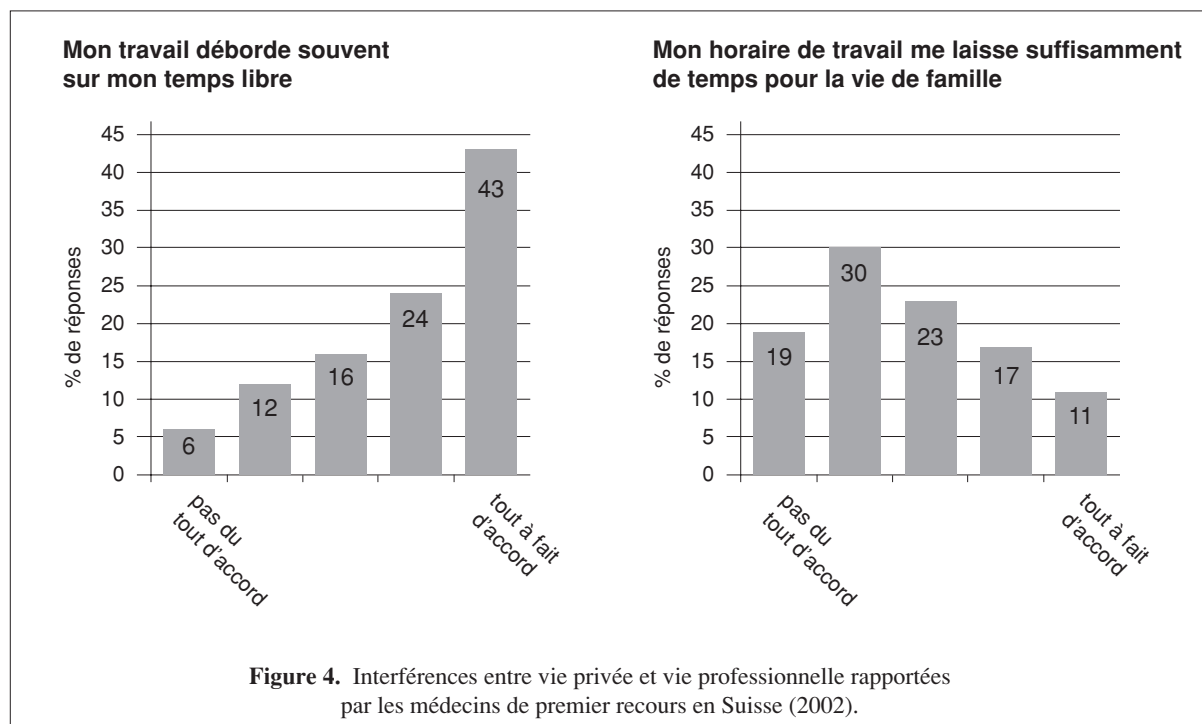
● **Contrôle sur le travail**

Un meilleur contrôle des activités professionnelles est recommandé classiquement pour diminuer le stress ressenti par les travailleurs : à responsabilités égales, le fait de pouvoir contrôler le déroulement du travail diminue le stress ressenti. Dans notre échantillon de médecins presque tous indépendants (NB : seulement 2 % de médecins salariés), le contrôle sur les différents aspects de l'organisation du travail varie. Il est élevé sur l'environnement de travail, la planification de l'agenda et encore le nombre d'heures de travail, mais le nombre de patients et surtout les dérangements durant les consultations semblent plus difficiles à contrôler.

● **Opinions vis-à-vis de la profession**
médicale

Environ un médecin sur cinq choisirait une autre profession s'il devait recommencer une carrière professionnelle, et un sur cinq changerait de spécialité (tableau 3). La grande majorité (72 %) estime que les conditions de la





pratique de la médecine de premier recours se sont détériorées ces dernières années. Plus de la moitié (54 %) estiment que les patients sont trop exigeants, et moins d'un tiers (29 %) sont optimistes pour le futur de la médecine de premier recours. Enfin, à la question « Si vous pouviez recommencer votre carrière, choisiriez-vous un autre métier ? », seul un médecin sur 5 répond par l'affirmative. Chez les femmes, moins sujettes au burn out (leur charge de travail hebdomadaire de travail est inférieure

de 25 % en moyenne à celle des hommes), un tiers choisiraient peut-être, probablement ou sûrement de ne pas devenir médecin et près de 40 % changeraient de spécialité.

Une enquête menée auprès d'un large échantillon de médecins vaudois en été 2001 avait mis en évidence une certaine crise de confiance, malgré une satisfaction professionnelle encore élevée (91 % des médecins considéraient que leur métier leur apportait beaucoup ou

Veuillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas avec les affirmations suivantes :	Pas du tout d'accord Tout à fait d'accord				
Si je devais à nouveau choisir, je ne serais pas médecin	49 %	19 %	14 %	11 %	7 %
Si je devais recommencer ma carrière médicale, je choisirais une autre spécialité	50 %	19 %	11 %	11 %	9 %
Les conditions de pratique de la médecine de premier recours se sont détériorées ces dernières années	4 %	9 %	15 %	22 %	50 %
Les patients sont trop exigeants	4 %	14 %	28 %	35 %	19 %
Je suis optimiste pour le futur de la médecine de premier recours	18 %	27 %	26 %	21 %	8 %

Tableau 3. Opinions des médecins de premier recours en Suisse sur leur profession et son avenir (2002).

Santé des médecins de premier recours en Suisse Résultats de la première enquête nationale

suffisamment de satisfaction professionnelle). Pratiquement 75 % des médecins vaudois jugeaient que l'évolution des conditions d'exercice de leur métier avait été insuffisante ou mauvaise, 85 % avaient une opinion négative pour le futur de la profession et la majorité déconseillaient à leurs enfants de choisir une carrière médicale. Ces résultats obtenus dans un collectif de médecins de toutes spécialités confondues sont comparables aux nôtres, bien que les médecins de premier recours restent encore un peu plus optimistes quant à l'avenir de leur profession.

● Limites de l'étude

Premièrement, étant donné la nature transversale de cette étude, il ne nous est pas possible d'établir de manière absolument formelle des liens de causalité entre les différentes variables. Deuxièmement, nos analyses sont essentiellement descriptives, sans ajustement : il ne nous est donc pas possible de déterminer dans quelle mesure certains de ces résultats pourraient être altérés par des facteurs de confusion. Des analyses plus approfondies seront nécessaires afin de confirmer ces premiers résultats. Finalement, bien que notre taux de réponse ne

soit que de 65 %, il est nettement supérieur à celui de la plupart des enquêtes effectuées auprès de médecins installés, qui dépasse rarement les 50 %.

● Conclusions

Cette enquête a permis d'établir un premier état des lieux de la situation professionnelle des médecins de premier recours en Suisse. En comparaison avec d'autres études internationales, les médecins suisses se portent encore assez bien, mais sont très inquiets pour l'avenir. Ils sont soumis à un niveau élevé de stress, dû aux contraintes professionnelles et changements du système de santé. Malgré ce bilan assez positif, environ un médecin sur cinq présente des symptômes de burn out.

Nous espérons que ces résultats permettront d'attirer l'attention sur des problèmes souvent méconnus, négligés ou passés sous silence, de promouvoir l'enseignement pré- et post-gradué de cette problématique et enfin d'alimenter le débat, non seulement au sein de la communauté médicale mais aussi avec les autres acteurs non médicaux, sur l'avenir et la qualité de notre système de santé.





● **Recommandations**

En se basant sur les recommandations de diverses associations médicales, nous proposons les points suivants comme base de réflexion initiale pour tenter de répondre aux problèmes mis en évidence lors de cette enquête :

1. Prévention et dépistage des problèmes liés au stress professionnel et au burn out

Dépistage précoce (lors de la formation pré- et post-graduée).

- Diffusion d'instruments d'auto évaluation du burn out ou de la dépression permettant une prise de conscience du problème ;
- Diffusion de témoignages personnels de médecins ayant vécu et surmonté des problèmes de burn out, dépression ou addiction.

Diffusion des stratégies ou programmes de lutte contre le stress et le burn out.

- Recommandation aux médecins d'éviter l'autodiagnostic et l'autotraitement ;
- Promotion des activités de supervision et de formation continue spécifique dans ce domaine.

2. Mise en place de structures d'entraide

Sur le plan médical :

- Favoriser la création de programmes de soutien et d'entraide accessibles et rigoureusement confidentiels (par exemple : ligne téléphonique d'entraide, groupes de soutien de pairs) ;
- Conseils aux médecins devant soigner d'autres collègues et offrir aux médecins intéressés à traiter leurs collègues des programmes de formation continue sur la santé des médecins.

Sur le plan professionnel :

- Système permettant de remplacer les médecins praticiens pour des périodes prolongées si nécessaire ;
- Aides pratiques pour la gestion du cabinet (organisation du travail, redéfinition des tâches) et des systèmes informatiques.

3. Redéfinition du rôle de la médecine de premier recours dans notre système de santé

Redéfinir le contrat social qui lie le médecin de premier recours à la société :

- Décalage entre les attentes des médecins, ce pour quoi ils ont été formés et la réalité actuelle de la profession ;
- Redéfinir explicitement le contrat tacite ou psychologique qui lie le médecin à la société, pour trouver un accord entre les différents points de vue du Gouvernement, des assureurs, des patients et des soignants.

Se réapproprier et cultiver le sens (*meaning*) de la médecine de premier recours, afin que cette profession reste attractive pour les praticiens actuels et futurs. Faire du lobbying auprès des autorités politiques pour faire reconnaître l'importance de la santé des médecins et ses déterminants par rapport à la qualité des soins dans notre système de santé. ●

Les références bibliographiques sont disponibles sur demande.

Impressions après le congrès WONCA 2004

Lilli Herzig,
médecin
généraliste,
chargée de cours
à la faculté de
médecine
de l'université de
Lausanne.

Article paru dans
Primary care
2004 ; 4 (38),
pp 716-8.
(<http://www.primary-care.ch>).

(1) WONCA :
World
organization of
national colleges,
academies and
academic
associations of
general
practitioners.

(2) Tarmed : c'est
le catalogue de
facturation pour
les prestations en
médecine
ambulatoire en
Suisse. Sa
particularité est
la rémunération
selon des
tranches de cinq
minutes. Son but
serait de
valoriser les
prestations
intellectuelles.

Mots clefs : médecine générale,
santé mentale.

.....

Après le congrès WONCA' 2004 à Amsterdam, j'ai éprouvé le besoin de mettre sur papier mes impressions, mes joies et mes colères. M'appuyant sur des vécus différents (workshops, séminaires, échanges « libres » dans les corridors et autres bars ...) je transmets ici mes propres réflexions, soucis ou craintes, stimulés par ces quelques jours loin du train-train quotidien.

.....

Après une expérience décevante à Ljubljana en 2003, c'est avec une certaine appréhension que je me suis rendue au congrès de la WONCA à Amsterdam en juin 2004. Une fois encore, je rentre avec des sentiments mitigés. Certes, le niveau scientifique, le niveau académique étaient bien plus satisfaisants à Amsterdam qu'à Ljubljana. Certes, et c'était le point le plus fort de ce congrès, les échanges internationaux, les confrontations de nos vécus différents, la découverte de collègues motivés et jeunes m'ont comblée. Ce n'est pas le congrès ni son organisation qui me laissent songeuse. Ce qui me laisse songeuse, c'est l'évolution de la médecine de premier recours telle qu'elle a été présentée à plusieurs reprises à Amsterdam, me faisant me sentir « vieux jeu » tout d'un coup.

● Culture du changement

Lors de l'allocution de clôture, M. Richard Grol a ainsi parlé d'un besoin de trouver une « culture du changement » (c'est quoi au juste ?), épinglant au passage les 48 % des cabinets de premier recours qui travaillent selon une culture de réseau ou de collaboration. Et toc ! Moi, qui ai cru bon de mettre en valeur les opinions de mes collaborateurs, y compris de mes patients ! Moi, qui m'efforce, avec plus ou moins de succès d'entendre (et non pas seulement d'écouter) ce que les autres ont à me dire tout au long d'une journée bien remplie ! Oui, c'est fatigant et on n'arrive pas toujours à percevoir le sens profond d'une phrase lâchée négligemment. Cela coûte de l'énergie, demande un sens critique et une bonne connaissance de soi-même, associé à une disponibilité à toute épreuve parfois difficile. Et voilà que j'ai tort !

● Minutage diabolique

Changeons alors, puisqu'il faut une « culture du changement ». Changer comment ? Comme cette collègue espagnole qui consulte en cinq à sept minutes et qui, sur cette base, mène une étude sur le nombre de diagnostics d'état anxio-dépressif et sur l'efficacité de la prescription des antidépresseurs ? Est-ce à cela que Tarmed² nous prépare ? Et si on faisait plutôt une étude sur l'amélioration des soins lorsqu'on prend le temps d'entendre, évitant peut-être par là-même la prescription coûteuse de médicaments chers ? Les Hollandais et les Anglais sont un peu mieux lotis : dix minutes à tout casser. D'ailleurs, selon eux, leurs guidelines et leurs entraînements sont si bien faits qu'ils font très rarement des erreurs. Voilà qui ferait plaisir à Santésuisse. Mes collègues ont été d'accord avec moi, lorsque j'osais affirmer que certains patients (sans parler de moi-même) nécessitaient plus de temps (une à deux minutes de plus ?), mais ils me répondaient que le nombre de patients à voir les empêchaient de prendre ce temps. Ils m'affirmaient par ailleurs sereinement que les patients s'habituent sans problèmes à ce minutage diabolique, pour laisser de côté « l'inutile ». Les émotions, par exemple.



Parlons-en de ces émotions, justement. Les nôtres, « pauvres GP's » (*general practitioners*) que nous sommes.

Comment éviter le burn out du médecin, si montre à la main, il doit être capable de prescrire la pilule bonheur, détecter un infarctus dans une anamnèse brouillée, découvrir une maladie rare dans un récit banal, gérer un bulletin d'erreurs (très à la mode !), transmettre des informations pédagogiques pour tel régime diabétique, connaître les stratégies économiques de telle assurance, sans parler des tâches administratives, de la formation continue et, *last but not least*, du besoin de faire toujours mieux.

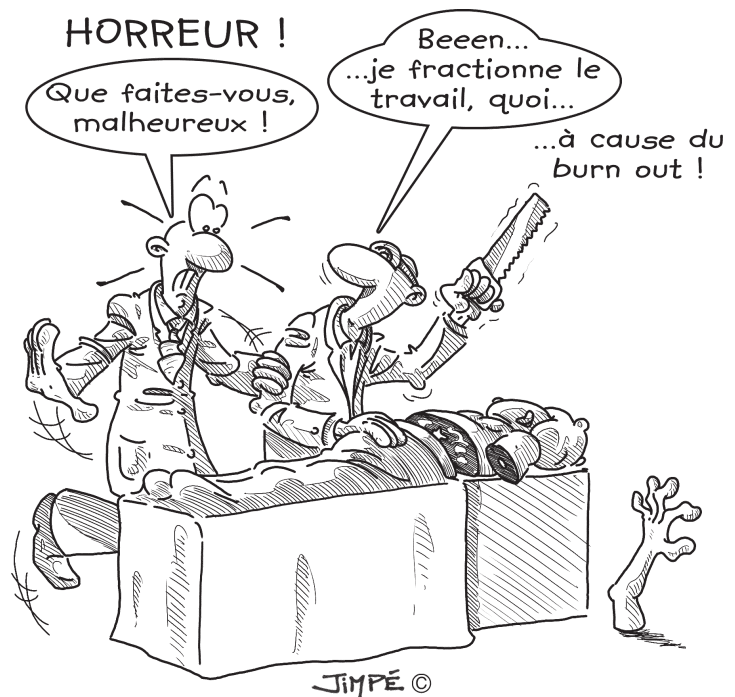
Ah, j'ai oublié : cultiver une culture du changement où les valeurs acquises deviennent obsolètes. Combien de fois dans une journée ? Quarante fois, soixante ?

Normal, le burn out du médecin, me direz vous ? Et que fait-il, ce pauvre médecin ?

Va-t-il voir un collègue, qui détecte en passant un état anxiodépressif grâce aux questions standardisées (là, il suffit de répondre par oui ou par non) ou semi-standardisées (y a-t-il là une place pour le « peut-être » ou le « à peu près » ?) ? Faut-il alors prescrire un antidépresseur au *general practitioner* lui-même, faute de temps pour entendre les plaintes, ou se préoccuper du vécu émotionnel derrière tout cela ? Le confrère risquerait-il lui-même de se poser des questions ? « Un petit conseil tout de même, cher collègue : Prenez un peu de bon temps pour vous, par exemple un peu de jogging le matin avant la consultation, et puis n'oubliez pas de bien manger ; un peu de sexe le soir pour vous détendre, cela vous fera du bien ».

Performant jusqu'au bout, le tout puissant médecin d'autrefois qui savait tout s'est mué en surdoué qui fait tout en un temps record. Il suit pour cela l'évolution du temps, je le sais ; seulement, j'ai cru un peu naïvement que je pouvais nous offrir, à mes patients, mon personnel et moi un espace de temps, d'échanges sincères, de compréhension humaine. Et bien non, la pression de changer, de devenir « performant » à tout prix, d'être gestionnaire d'une économie toute-puissante, d'une société de consommation qui ne comprend plus les limites de l'individu, ne vient plus seulement de l'extérieur mais aussi du corps médical lui-même.

Ai-je tort de critiquer la mode des guidelines qui nous réduit à une pensée linéaire ? Sans pour autant nier l'utilité de ces guidelines souvent bien faites, j'ai été étonnée de rencontrer certains collègues ignorant qu'il ne s'agissait pas de « vraies preuves » mais de consensus, réfléchis certes, basés sur des études de recherche, donc soumis à des changements. Ces guidelines dépendent ainsi des statistiques, des exclusions, des limitations cliniques où la complexité de l'être humain ne peut être prise en compte dans sa totalité, ainsi elles sont aussi source d'erreurs.



Ai-je tort d'être choquée de l'absence de sens critique de mes confrères, à l'image de ce collègue américain, persuadé sincèrement que les guidelines s'appliquaient (c'est bien le mot utilisé par lui) à tout le monde, quels que soient sa race, sa culture, son sexe, son âge ou ses pathologies ?

● Un autre temps

Si je lis le texte de Philippe Barrier *Vivre*¹, je me retrouve mieux : combien de temps faut-il

(1) Barrier P, « Vivre », Médecine et hygiène, n° 2484, 26 mai 2004.

à un patient pour comprendre sa maladie, combien de temps pour l'appivoiser, l'accepter et évoluer avec ? Combien d'espace nous faut-il à nous, médecins, pour digérer le contact avec des malades, des individus qui gèrent leurs problèmes chacun à sa manière ? Combien de temps nous faut-il pour nous écrouler sous la toute puissance de la montre et le besoin de faire encore plus ?

Soyons honnêtes, je ne m'oppose pas à un travail bien fait, c'est sûr. Je m'oppose encore moins au plaisir, trouvé et continuellement renouvelé dans le métier du médecin, d'apprendre à longueur de journée, chercher des solutions, mener une réflexion scientifique, innover même, et explorer des chemins inconnus. Je n'ai rien contre une évolution constante et le besoin de s'adapter. Je n'ai rien contre des idées claires comme elles peuvent être proposées par un guideline, si celui est de qualité. Je n'ai rien contre culture du changement en somme. Sauf si ladite culture, tout comme les guidelines, est utilisée comme un dogme, vidée de son sens, m'obligeant « à appliquer » plutôt qu'à réfléchir, m'empêchant par là-même à m'adapter à une situation donnée, à un patient donné. Si cette culture me prône un « juste » ou « faux » là où il n'y a que l'homme et ses doutes. Si le chemin à suivre doit devenir identique pour tout le monde, alors que les obstacles ne sont pas ressentis de la même manière par tout le monde et que les capacités de résilience ne sont pas identiques.

● En guise de conclusion

Oui, je reste songeuse après ce congrès à Amsterdam, et pourtant rien n'égale le plaisir des échanges vécus si stimulants pour ma réflexion. Rien n'égale l'utilité de prendre ainsi distance avec un quotidien bien chargé, afin de me remettre en question moi-même, critiquer ma manière de travailler, réfléchir à ce que j'ai envie de développer ou de garder comme valeurs, et à ce que je n'ai pas envie d'accepter. N'est-ce pas le sens même du dialogue ?
Oui, somme toute, c'était un bon congrès ! ●

Le médecin nouveau est arrivé



Bernard Fourez,
médecin.

*Exposé donné
lors de la journée
d'étude de la
Société Balint
belge du 8
novembre 2003.*

.....

En réfléchissant aux changements profonds que traverse aujourd'hui la relation entre soignants et soigné, le texte du Dr Bernard Fourez semble nous écarter de notre centre d'intérêt présent. Mais peut-être n'est-il pas fortuit que l'émergence du concept de burn out coïncide dans le temps avec les mutations de cette relation, mutations qui se marquent par un accroissement de responsabilités du soignant, le confrontent à son impuissance et à l'augmentation des exigences du public, et se traduisent par une régression du soutien qu'il peut espérer de la société et de son milieu de travail : ne sont-ce pas là quelques-uns des facteurs décrits à l'origine du phénomène de burn out ?

.....

Ce que j'ai décidé de faire aujourd'hui, c'est d'essayer de mieux saisir les changements profonds que nous observons dans l'établissement et dans le maintien de notre relation avec les patients. Pour essayer de mieux cerner le problème, je vais le prendre par trois points précis :

- le phénomène de l'égalité ;
- la naissance de l'inconscient et ses répercussions dans le psychisme des individus contemporains ;
- la maternelisation de la culture.

L'égalité

Liberté, égalité, fraternité, 1789, qu'est-ce qui se passe ? Les bourgeois commencent à contester solidement les privilèges des nobles et ils introduisent déjà une égalité plus grande entre les nobles et les bourgeois.

Au début du 20^{ème} siècle, ce sont les ouvriers qui prennent la commande de la révolution et qui diminuent les privilèges des bourgeois à leur égard en déposant notamment le phénomène de l'état social et pas mal de régulations concernant le travail. Tout le 20^{ème} siècle est un siècle qui a connu des libérations successives : libération de la femme (le vote des femmes en Turquie vers 1929 : c'est le premier pays qui l'a fait ici en Occident). Puis nous avons la libération de l'adolescent, le *teenager*, qui a conduit à la fameuse explosion de 1968, qui était une révolte des adolescents contre la hiérarchie. Ensuite, qui avait-on encore à libérer ?... C'était l'enfant, 1989, charte des droits de l'enfant. On continue avec les animaux, Brigitte Bardot prend la relève. L'animal est un être de droit. On peut continuer avec le végétal, SOS empotés battus, c'est pour bientôt, mais sachez quand même qu'aux Etats-Unis, l'arbre est un être de droit depuis maintenant un an. Je constate que l'égalité n'a pas encore touché les minéraux et j'attends, c'est sans doute pour le prochain budget, SOS granit fêlé ou schiste foulé ! Que s'est-il passé dans toutes ces mouvances ? Un niveau qui s'est repéré comme une victime d'abus de pouvoir établit l'égalité en contestant ces abus.

Il me semble donc que deux sédiments que l'on pourrait qualifier d'inconscient sociologique ou historique se soient déposés dans les mentalités contemporaines de nos pays d'Occident, à l'occasion de ce discours. C'est que d'une part, pouvoir équivaut presque automatiquement à abus de pouvoir. Et d'autre part, que l'égalité équivaut à mêmété. Venons-en à ces deux choses.

Pouvoir, abus de pouvoir, on l'a vu dans l'enseignement : le professeur est d'abord considéré comme quelqu'un qui abuse - entendons-nous - des enfants, qui sont justement des pauvres victimes. Je crois que la mentalité à la

Mots clefs : santé mentale, philosophie de la santé, société, relation soignant-soigné.

recherche de l'égalité, est une mentalité championne pour construire des victimes fictives et les doter de droits les plus incongrus ou parfois les plus illimités. Je vous avais parlé il y a deux ans du fameux phénomène de l'alliance illégitime. L'alliance illégitime est quelque chose qui peut se passer notamment dans une famille, c'est Kaplov qui a décrit cela ; un grand-parent qui permet à son petit-enfant de faire quelque chose sans soumettre la question aux parents de l'enfant. Dans l'enseignement, il s'est passé la même chose avec le décret Onckelinx, le décret mission (1997) intitulé « *Mon école comme je la veux* ». Et p. 8, « *Elève, pas de devoir sans droit* » ! Ce sont des choses venant d'un ministère vers les professeurs et on sent que le ministère subsidiant fait un lien et une alliance avec l'enfant, coinçant délibérément le professeur au niveau de sa fonction.

Il me semble que la loi du droit des patients va un peu dans ce sens là. Dans ce sens-là où il y a une absence de définition du droit des médecins ou en tout cas il y a quelques petits points mais tout à fait insuffisants. Si l'on souhaite laisser de côté la fameuse dialectique « *droits et devoirs* » et que l'on s'en tient au phénomène du droit, il est important pour un phénomène égalitaire de définir les droits de l'un et les droits de l'autre.

Il me semble que la mentalité égalitaire devient de moins en moins égalitaire mais procède de plus en plus dans ce que moi j'appelle une vengeance égalitaire et non pas l'établissement d'une véritable ambiance égalitaire. On va rechercher la victime fictive et on construit des droits à partir précisément de ce sédiment que tout pouvoir est, par définition, un abus de pouvoir.

Deuxième sédiment : égalité coïncide avec indistinct. Il me semble que le mot égalitaire ne veut pas du tout dire que tout est le même. Égalitaire veut dire : du fait que nous sommes différents, nous allons nous donner les mêmes chances d'exister, d'exprimer ou de déployer nos différences. Cela change totalement la vision. La question sera précisément de déployer des différences et les chances doivent être les mêmes. Ainsi, la relation médicale aura toujours quelque chose d'inégal. La relation

avec un commerçant aura toujours quelque chose d'inégal. Mais il s'agit effectivement que le vendeur ait autant de chance que l'acheteur. Il faut que le professeur ait aussi la chance de pouvoir exercer son enseignement. Ce dont souffrent les professeurs (on les entend assez dans nos cabinets), c'est que précisément, ils n'ont plus cet espace pour enseigner et ils se doivent, à ce moment-là, d'être des sortes d'animateurs ou d'organiseurs d'une vague éducation, d'un phénomène qui continue à s'appeler classe.

La naissance de l'inconscient

Que se passe-t-il à la charnière 19/20^{ème} siècle ? C'est un moment d'extrême tension, où tout est écartelé, D^r Jekyll - M. Hyde, c'est ce moment là. C'est un moment où il y a une poussée d'un libéralisme bourgeois, un apogée de l'industrialisation et en même temps une grosse poussée des mouvements socialistes et communistes. On est dans quelque chose de l'ordre de la tension et donc du conflit. C'est aussi le moment où l'humain est en plein essor dans sa modernité et où il commence à pouvoir se penser comme un individu pur. Nietzsche avait dit « *Dieu est mort* » et Dostoïevsky en avait déjà parlé un peu avant en 1941 dans « *L'adolescent* ». Il y a eu un moment au 19^{ème} siècle où l'humain a commencé à pouvoir penser qu'il pouvait définitivement en avoir terminé avec le *divin*. Il allait commencer par contre à ne pas en avoir terminé avec le *divan*, et à ce moment où l'humain commence à pouvoir se voir comme un individu pur, que vient nous dire Freud ? Mais non, ce n'est pas un individu pur, parce que dans certaines pathologies on a beau demander à un patient de faire des efforts, cela ne marche pas, les symptômes sortent comme s'il y avait une puissance invisible qui agissait au-delà de lui ou à travers lui. En fait, et là je reviens sur ce que Marcel Gauchet dit, l'inconscient c'est situer l'invisible non plus à l'extérieur de soi comme on le faisait du temps où l'on situait l'invisible dans le divin mais c'est situer l'invisible à l'intérieur de soi. Et cela va tout changer. A ce moment-là, quelque part, l'individu ne se retrouve plus dans une démarche de s'articuler avec quelque chose d'autre que lui, et je reviens à ce qu'on a dit sur

l'abstraction de soi : elle est possible, dès lors que vous êtes dans une dialectique entre vous et quelque chose d'extérieur à vous. Mais quand vous l'avez en vous, vous êtes sur la voie d'annuler cette dialectique ; les analystes sont pourtant bien clairs là-dessus : l'inconscient c'est ce qui n'est pas soi. On ne peut plus dire que maintenant dans le *vulgus* et dans la mentalité contemporaine, les gens considèrent encore l'inconscient comme quelque chose d'autre qui les traverse. Ils le voient beaucoup plus comme quelque chose d'équivalent à eux-mêmes à maîtriser...Et tout le « *New Age* » canadien nous abreuve d'ouvrages de gestion de soi ; la gestion c'est précisément ramener l'être humain à la seule disposition de lui-même et non plus articulé avec un autre niveau que lui-même. L'individu avec son petit inconscient en lui, va s'acheminer vers ce que j'appelle l'individu expressif. Parce qu'à ce moment là, le rapport à la vérité va complètement changer. Quand l'invisible, qui est toujours le lieu du dépôt de la vérité dans le divin, se trouve à l'extérieur de vous, ce que vous attendez c'est une révélation de ce niveau-là. A partir du moment où vous êtes convaincu que l'invisible est en vous, l'enjeu de l'accès à la vérité ne sera plus l'attente d'une révélation, mais l'expression de cette vérité que vous avez en vous.

Nous passons donc d'un rapport de la vérité révélée à l'authenticité exprimée. Le développement de l'individu expressif va considérablement changer les modes de relations.

La maternalisation de la culture

Il ne faut pas être un grand clerc pour remarquer qu'actuellement ce qui fait recette c'est tout ce qui est de l'ordre du maternel, du proche, de la relation, de la communication et de l'émotion. Mais effectivement l'émotion - nous revenons à l'être expressif - l'émotion qui jaillit de quelqu'un c'est précisément cette garantie de l'invisible, dont on est sûr qu'il est dans l'individu et qu'il n'est plus dans cette espèce de niveau que l'on a combattu à outrance. La quête de l'émotion telle que vous la voyez au niveau des médias, avec les caméras qui vont traquer la moindre larme d'un individu sur écran,

constitue cette quête de vérité au sein même de l'homme.

Quand nous étions dans une vérité à l'extérieur de soi, nous étions toujours dans un système hiérarchique ; quand l'invisible est à l'extérieur de soi et qualifié par le divin, vous êtes dans une hiérarchie puisque à chaque niveau hiérarchique vous allez de plus en plus près de la vérité. La relation médecin-malade a été une relation hiérarchique, parce qu'on était dans le bain du médecin qui révélait la vérité au patient. Donc quelque part le médecin était quelqu'un qui pénétrait son patient d'une vérité qu'il tenait de la science et de qui il était le messenger. A l'image du roi par exemple qui était le messenger du droit divin. Maintenant, je pense que nous sommes dans une relation où la question est d'accoucher de son authenticité.

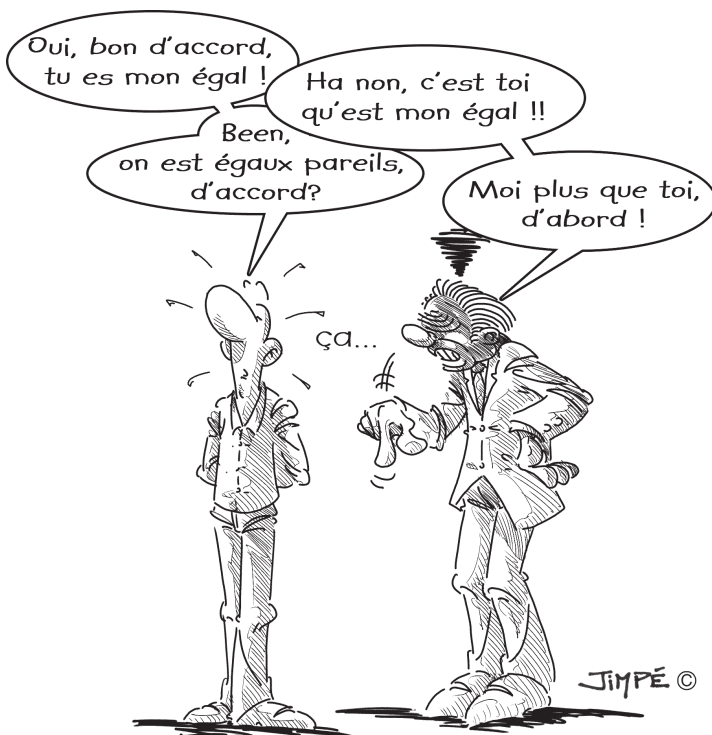
Nous sommes dans un moment où les paradigmes opérants que sont la reconnaissance, la communication, être proche (*proximus*, on a pas encore vu de *distancius*) relèvent du maternel, alors que le masculin et le paternel se manifestent du côté du détachement. Dès lors qu'on était dans un repérage avec la vérité à l'extérieur de soi, nous étions dans une ambiance archétypique beaucoup plus du côté masculin et paternel et dès qu'on est dans la vérité à l'intérieur de soi, dans l'inclusion, on est à mon sens beaucoup plus sur la voie du maternel. Et je pense que la médecine a suivi une voie assez intéressante à observer. J'ai été frappé dans les années 80 quand on a vu apparaître la clinique de la douleur. La médecine s'est déployée sur un principe de division, détachement, séparation, donc pensée de type cartésienne typiquement masculine. Les spécialisations médicales se sont mises en place, selon l'organe (cardiologie, ophtalmologie...). Dans les années 80, que se passe-t-il ? On voit apparaître la clinique de la douleur qui redevient une spécialité globale. La douleur, qu'elle soit articulaire, digestive ou autre, vient dans le même service. J'ai supervisé des équipes de soins palliatifs ; on y ressent une ambiance tout à fait maternante. C'est la médecine qui de nouveau est globale et s'institue comme telle. De plus, ce n'est plus une médecine de la guérison ! Ce n'est plus une médecine du chevalier, de la conquête, du défi, affaire aussi essentiellement masculine mais justement du soin, du contenant : la question est beaucoup

plus dans une proximité et dans une importance du tissu relationnel et moins de la quête et du défi. On quitte le chevalier pour aller beaucoup plus vers la *Pieta*.

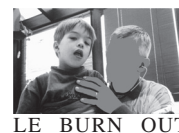
Donc égalité, individu expressif à partir de l'inclusion de la vérité en soi et maternisation des liens constituent des ingrédients de l'établissement de la relation médecin-malade ou en tout cas telle que les patients souhaitent qu'elle le devienne. Nous étions habitués à des hiérarchies, à des verticalités, à des différences. La relation était d'emblée instituée par quelque chose d'inégal ; si l'on peut prendre exemple dans les classes sociales, un rapport de deux individus était automatiquement reclassé dans des possibilités de différences, le professeur était d'emblée vu comme quelqu'un de différent. Nous sommes passés d'une période où l'inégalité allait de soi vers un moment où ce qui va de soi c'est précisément l'égalité.

dois avoir deux/trois cours où on discute de comment on va s'y prendre et s'il y a un moment de crise et de tension, les élèves disent qu'ils ne veulent pas certaines choses, qu'ils veulent bien ceci, cela, et tout se passe de façon assez flottante. A partir du 3^{ème} ou 4^{ème} cours, je parviens à mettre des balises et à organiser les conditions qui vont faire que je pourrai donner mon cours. Parce que donner un cours c'est, par définition inégal, maintenant je suis parlant, vous êtes écoutant, on est dans quelque chose de tout à fait inégal ». Et il dit : « *Je parviens à dire maintenant, plus de casquette, plus de canette* ». Dans un débat à la radio, le professeur Javaux parlait du nombre de canettes qu'il y avait dans les auditoriums après un cours : il avait une fois, de façon provocante, pris une caisse pour les ramasser. Une étudiante restée dans l'auditoire lui avait dit : « *Il y en a encore une ici* » !

Je pense donc que si l'individu est façonné par cette mentalité de l'égalité, nous allons pouvoir le rejoindre dès lors que nous le prendrons d'abord sur le mode de l'égalité. Dans la formation systémique que je faisais pour des médecins généralistes, j'ai toujours eu l'habitude de dire que l'acte médical est un dipôle, il est à la fois la rencontre et la technique. La rencontre, si je m'en réfère au *Petit Robert*, excusez-moi de ne pas me référer au grand Sigmund : « *la rencontre c'est se trouver par hasard au même endroit* ». Ce qui est intéressant c'est qu'il y a le mot « *même* » : effectivement pour se rencontrer c'est quelque chose de l'ordre du même par hasard, et d'ailleurs au 13^{ème} siècle le mot rencontre signifiait coup de dé et c'est vrai qu'il y a quelque chose de l'ordre du hasard, lors d'une rencontre. Vous pouvez poser une question et vous allez voir que vous êtes tombés sur l'enjeu ou l'inquiétude ou la question ou la tension qui se trouve dans le patient. Donc, nous avons à rencontrer notre patient et tisser quelque chose de l'ordre du *même*. Et ce n'est que quand cette phase est faite que nous pouvons venir avec nos techniques, qui par définition ne seront plus du « *même* ». Parce que vous allez injecter vos techniques, votre savoir, c'est ce qui vous différencie comme médecin. Donc là vous serez inégal et je pense que pour réussir notre relation au patient et le maintien de cette relation, nous avons à opérer une séquence de type égalitaire



Discutant récemment avec un ami, J. M. Lacrosse, qui est professeur de sociologie à Louvain, il me dit : « *Ce qui me frappe maintenant c'est qu'avec mes étudiants je ne sais plus commencer mon cours d'emblée, je*



où on va essayer de se donner les mêmes chances et de se rencontrer sur quelque chose de l'ordre du *même* et puis il y aura quelque chose qui n'est plus du tout de l'ordre du *même*, qui pourra se déployer dans le temps.

Archétypiquement la rencontre sera du genre maternel, qui va essayer de faire du même, et l'outil qui est du genre paternel va venir avec quelque chose de différent. Je ne pense pas qu'on puisse dire que les gens ne sont plus capables d'accepter de l'inégal, ce n'est pas vrai. Ils le sont dès lors qu'ils ont été mis d'abord en position d'égalité ou en tout cas dans un souci égalitaire. Tout le monde n'est pas ainsi, je pense qu'il y a encore beaucoup de patients qui attendent que vous soyez le médecin qui dise tout, il ne faut pas croire que des mouvements sociologiques soient homogènes d'emblée. Cela s'étale sur des décennies, ces bascules-là. L'individu contemporain est quand même quelqu'un qui est plus réactif.

On a gagné des choses dans toute cette affaire, on a de moins en moins, me semble-t-il, des malades qui ne comprennent rien à rien, on a des gens qui sont beaucoup plus réactifs, beaucoup plus en question par rapport à ce qui se passe, avec une sociabilité assez rapide ; ils sont très expressifs par définition, beaucoup plus qu'il y a trente ans. Mais ces gens ont tendance à se définir à partir d'eux-mêmes puisqu'ils ne savent plus se définir à partir d'autre chose qu'eux-mêmes et donc ils se rabattent par définition sur le droit ; le droit c'est précisément se définir à partir de soi et non pas à partir de l'ensemble ; de plus ils vont se définir par rapport à la gestion c'est-à-dire disposer de soi à propos notamment de la santé.

Ils sont devenus des champions de l'expression, de la réactivité et de la communication globalement : ils sont devenus des infirmes du mystère, des aveugles de l'invisible, à tel point qu'il est difficile actuellement d'entendre : « *Oui cela m'est arrivé, c'est le destin* ».

Il y a encore des gens qui peuvent penser cela mais ils sont minoritaires. Ces gens-là avaient une capacité extraordinaire, une espèce de fatalité que je trouve d'une grandeur remarquable parce qu'ils pouvaient rentrer dans ce phénomène de l'abstraction de soi.

Cette extinction, cet aplatissement du rapport à l'invisible a composé des êtres qui, comme

ils voient tout à partir d'eux, vont imputer ce qu'il leur arrive forcément au même qu'eux : c'est-à-dire à un humain.

Ils vont procéder contre quelqu'un qu'ils auront alors décrété comme responsable de la maladie.

La mentalité égalitaire a accentué d'une part la responsabilité, mais aussi la procédurisation. Si je devais rencontrer Robespierre je lui dirais : « *Mon ami, ton affaire de liberté, égalité, fraternité c'était très bien, liberté, égalité cela a fonctionné mais je crois que ta harangue aboutit à « liberté, égalité, suspicion* » ».

Effectivement à partir du moment où je pense que ce qui m'arrive ne peut venir que du seul niveau de l'individu, je vais donc toujours suspecter qu'un autre individu a été la cause ou l'agent de ce qui m'arrive.

Et là, il s'agit d'une descente assez inquiétante dans lequel les Etats marchent à fond, en donnant justement des droits qui peuvent aller très loin : souvenez-vous du projet de suspicion de discrimination rentré à la Chambre en mars 2002, où la suspicion de discrimination était par exemple : vous êtes étranger, vous téléphonez à un restaurant, et vous dites, je voudrais une table pour ce soir ; s'il vous est renvoyé qu'il n'y a pas de place, vous suspectez que votre accent a suscité de la discrimination chez le restaurateur et vous pourrez procéder pour « *suspicion discrimination* ». Projet de loi, non abouti heureusement... mais sous tendu par les factions de l'égalité des chances !

Avec de tels projets de loi, le droit deviendrait l'outil de guerre entre les citoyens alors que le droit est idéalement l'outil de paix entre les citoyens. On pourrait dire que l'égalité est un bel arbre mais que certains fruits sont mauvais...

Enfin, nous avons beaucoup de patients qui ont déjà été se renseigner sur Internet à propos de leur pathologie. Les rencontrer, ce sera peut-être de leur donner l'occasion « *d'accoucher* » de cela, ce qui nous amènera à mieux repérer où se situe le patient par rapport à son symptôme. « *De ce que vous m'amenez, qu'avez-vous déjà pu en connaître grâce à Internet, à vos lectures ?...* ». C'est une manière de rencontrer le patient en lui donnant plus de chances pour déployer son égalité par rapport au médecin. ●

Questions réponses sur le burn out

*Axel Hoffman,
médecin
généraliste à la
maison médicale
Norman Bethune.*

.....
Les articles précédents ont mis en évidence divers aspects de la problématique du burn out. Nous allons ici en explorer plus avant certaines facettes.

- La surcharge qualitative et quantitative de travail épuise les ressources de l'individu.
- Il existe un rapport optimal entre les exigences psychologiques liées au travail et la latitude décisionnelle, c'est-à-dire la possibilité d'exercer un contrôle sur son activité, (ce qui recouvre à la fois l'autonomie décisionnelle et le niveau de compétences). Des exigences élevées combinées à un faible contrôle produisent une tension élevée, l'inverse produisant une situation détendue (mais pouvant éventuellement démotiver...). Des situations d'exigence élevées couplées à un contrôle élevé produisent par contre un stress bénéfique.

Pour certains auteurs, le contrôle sur son activité n'est qu'une ressource parmi d'autres pour faire face aux exigences professionnelles, le soutien social (voir « niveau inter-individuel ») représentant une ressource tout aussi importante.

Le contrôle peut aussi porter sur la possibilité de changer l'environnement, ce qui n'est pas toujours possible. Par exemple, les soignants dépendent de situations (urgences, épidémie, etc.) sur lesquels ils n'ont pas de prise. Ils recourent alors à certaines formes passives de contrôle, qui font appel à la ré-interprétation de la situation, au réajustement des attentes et à la perception de la possibilité indirecte de changement ou de maîtrise (stratégies de *coping* - voir infra).

- L'ambiguïté des rôles dans l'organisation du travail, allant parfois jusqu'au conflit de rôles, s'offre à plusieurs lectures : si une forte ambiguïté génère du burn out, une situation sans aucune ambiguïté, comme on en trouve lorsque des procédures hyperdétaillées règlent strictement la tâche de chacun, semble être un facteur démobilisant. On voit, a contrario, certaines entreprises s'efforcer d'extraire le maximum des possibilités de leur personnel en pratiquant le management par le stress...
- Les nouvelles formes d'insécurité au travail, telles que flexibilité, menaces de délocalisations, fusions d'entreprises, réductions d'effectifs, de même que les dérives managériales qui vident de sens le contenu du travail (ce que Jean-Pierre Le Goff appelle la barbarie

Quelles sont les causes et circonstances du burn out ?

Le burn out ne touche pas que les professions d'aide, il est présent dans toute occupation dans laquelle les individus sont psychologiquement engagés dans leur travail. Aussi allons-nous envisager ses causes sur un plan général, en évoquant au passage les aspects spécifiques du burn out chez les professionnels de la relation d'aide, et notamment chez les soignants.

On peut situer les variables génératrices de burn out sur trois niveaux : organisationnel, inter-individuel, intra-individuel.

● Au niveau organisationnel

Le travail expose à des risques physiques mais aussi psychosociaux, ces derniers étant source potentielle de burn out. Au niveau organisationnel, les principaux facteurs incriminés dans l'apparition du burn out sont les conditions de travail contraignantes, un niveau de contrôle insuffisant de son activité, une mauvaise définition des rôles, et un manque de soutien social.

Mots clefs : travail et santé, médecine générale, santé mentale.



douce) produisent un désintérêt pour le travail et peuvent être à l'origine de troubles physiques et psychologiques propices au burn out.

Comme nous l'avons déjà mentionné¹, les analyses du facteur « environnement de travail » se cantonnent souvent au niveau micro-organisationnel et négligent des facteurs tels que structure de l'institution, organisation hiérarchique, style de management.

D'autre part, la vie au travail et la vie privée ne sont pas cloisonnées : un domaine peut déborder sur l'autre, ou servir de compensation à l'autre et les conflits entre sphère professionnelle et sphère familiale peuvent également engendrer du burn out.

● Au niveau inter-individuel

La relation d'aide est souvent une relation d'influence : le professionnel tente de faire adopter certains comportements à celui qu'il aide (dans le monde médical, on parle de compliance ou d'observance). Cette relation est souvent idéalisée : on attend de l'aidé qu'il coopère, puisqu'on agit pour son bien. Dès lors l'aidant postule trois « qualités » chez l'aidé : maniabilité (le client doit être malléable), curabilité (le projet fait pour le client doit être réalisable, fut-il palliatif, comme dans le mythe de la « bonne mort »), sympathie (d'une manière ou d'une autre, il doit être agréable d'aider la personne). Ces attentes peuvent être incompatibles avec les difficultés des clients et le burn out peut naître d'une divergence entre le modèle du professionnel et le modèle de faire face du client.

Le modèle d'aide est souvent un indicateur de morale sociale. On en décrit deux variantes, selon le mode de coopération attendu du client : le modèle médical, où le client doit accepter tout le processus médical (interrogatoire, examens, diagnostic, pronostic, comportement de traitement) et s'y conformer le plus scrupuleusement possible et le modèle de compensation, rencontré dans le travail social, où les personnes ne sont pas considérées comme responsables de leur problème mais doivent mener à bien la solution de manière active et volontaire.

Si les clients se présentent avec le modèle non adapté au professionnel, le burn out guette...

Selon Norbert Elias, le processus de civilisation s'accompagne d'un processus d'individuation caractérisé par l'intériorisation des contraintes. C'est ainsi que la violence est de moins en moins tolérée. Les acteurs en contact avec le public (soignants, enseignants, travailleurs sociaux...), mais aussi les travailleurs isolés (chauffeur de bus, petits commerçants...), les professionnels manipulant des objets précieux (banque, pharmacie, bijouterie...) ou exerçant des fonctions de contrôle (forces de l'ordre) ont à rencontrer la violence des clients. Ils doivent fournir un travail émotionnel parfois intense pour exprimer les émotions désirées par l'organisation de leur activité (amabilité, compréhension...) et qui sont parfois en contradiction avec leurs sentiments réels face à une population pas toujours accommodante. Quatre types de stratégies sont possibles face au client agressif : la force (imposer sa volonté), l'acceptation (céder), l'évitement (nier le problème), ou la recherche de solutions et de compromis. Les trois premières diminuent l'efficacité professionnelle et font le lit du burn out.

Pas zen

Au Japon sévit une forme particulièrement intense de burn out : le Karoshi, ou mort subite par épuisement nerveux ou par excès de travail. Le Karoshi frappe les métiers soumis à un environnement bruyant ou routinier mais aussi ceux nécessitant un investissement nerveux important. A l'heure actuelle aucun cas de Karoshi n'a encore été décrit en Occident...

Les ressources organisationnelles, pourtant prometteuses pour améliorer la relation avec les clients, fournir des services plus satisfaisants et réduire les tensions, sont peu explorées. Notamment, la question du pouvoir organisationnel (formel et informel) est délaissée, alors qu'elle est la principale pourvoyeuse de ressources.

Le sentiment d'équité est un facteur protecteur contre le burn out. Chaque interaction est un échange de récompenses, de punitions, de biens qui participe au sentiment de justice, garantie de bien-être. Dans les soins de santé par exemple, le sacerdoce totalement désintéressé

(1) Burn out, biographie d'un concept, page 37.

est un mythe (encore un...), il y a une attente de retour ne fut-ce que sous forme de reconnaissance, de coopération, d'efforts pour aller mieux. L'échange non équitable, le manque d'équivalence entre ce qui est donné et ce qui est reçu, prédit le burn out.

Le soutien social est un facteur de bien-être psychologique et même physique : on a mis en évidence chez les personnes qui en bénéficient une plus grande longévité ainsi qu'une moindre incidence de maladies cardio-vasculaires ou une moindre sensibilité aux infections. Il se présente sous diverses formes : intégration sociale, relations satisfaisantes avec la hiérarchie, les collègues, les clients, soutien perçu et soutien effectif. Ce soutien dépend non seulement de l'environnement, mais aussi de la personne : obtenir du soutien requiert des compétences sociales particulières. Il faut montrer que l'on cherche à mobiliser ses ressources pour faire face à la situation ; mettre en avant son impuissance et attribuer les difficultés à des causes externes (les autres, la malchance) risque de provoquer le rejet.

● Au niveau intra-individuel

Il y aurait des individus plus vulnérables au burn out, hypothèse séduisante pour un employeur, mais qui n'est pas défendable légalement ou moralement, ni scientifiquement justifié.

En 2001, une étude du ministère belge de la Santé met en évidence que 30 % des femmes médecins abandonnent la profession après cinq ans d'exercice. La même année, le *British Medical Journal* publie un article rapportant que le taux de suicide parmi les femmes médecins est deux fois plus élevé que dans la population générale alors que pour les hommes le rapport est inverse, de deux sur trois (*BMJ*, London, 2001, 322 :945). Une revue de la littérature montre qu'aux Etats-unis et en Allemagne le taux de suicide chez les hommes médecins est à peine supérieur par rapport à la population, mais près de quatre fois plus élevé chez les femmes médecins.

Pourtant les études axées spécifiquement sur le burn out divergent fortement et permettent d'affirmer que la relation entre sexe et burn out n'est pas solide. Une étude de Price et Spencer

(1994) montre que l'environnement familial joue chez la femme un rôle plus important dans le déclenchement du burn out (en rapport avec le double travail de la femme) tandis que c'est l'environnement professionnel qui joue le rôle principal chez l'homme. Mais les différences liées au sexe disparaissent quand on contrôle les variables liées au fait qu'elles occupent souvent des emplois subalternes et à faible revenu : le burn out frappe différemment les deux sexes, mais ces écarts sont le résultat des inégalités, d'où la nécessité de mettre en place les conditions pour la femme de développer toute son activité et de s'assurer un revenu plein. On retrouve là une illustration éclatante de l'impact des gradients socio-économiques en matière de santé.

Quant à l'âge, aucune étude ne permet de conclure qu'il joue un rôle dans l'apparition du burn out.

De nombreux chercheurs ont élaboré des théories impliquant des facteurs de personnalité dans l'apparition du burn out. Dans la théorie du *big five*, cinq facteurs sont censés prédire le burn out : l'extraversion, le caractère agréable, la conscience professionnelle (impliquant une bonne organisation du travail), l'ouverture aux expériences auraient un effet bénéfique, tandis que le nervosisme prédisposerait au burn out. Mais ces facteurs sont des traits de personnalité, ce qui n'implique pas une identité figée et un comportement constant : ils varient en fait en fonction des situations.

D'autres approches font appel à différents concepts et s'équipent d'échelles de mesure permettant d'évaluer les individus.

Il y a le concept d'endurance (*hardiness*) : les individus « endurants » croient à ce qu'ils font et à ce qu'ils sont, ils sont curieux et pensent pouvoir influencer leur environnement. Pour eux, les changements sont des défis et non des menaces : ils s'adaptent aisément aux agents stressants. Dans le même ordre d'idées, le concept assez voisin de « sens de la cohérence » a été développé par l'étude de survivants des camps de concentration. Ces concepts prédisent un faible taux de burn out chez les individus ayant un score élevé sur leurs échelles de mesure.

Plus connu des soignants, le célèbre « type A »,



LE BURN OUT

mis au point par deux cardiologues américains, définit des individus ambitieux à l'engagement professionnel nourri, impatients et adeptes de la compétition, ce qui se manifeste parfois par de l'agressivité. Ces individus présenteraient un risque de maladie cardiaque deux fois plus élevé que la moyenne.

La théorie du *locus of control* se base sur le fait que certaines personnes croient a priori que ce qui leur arrive dépend de leur comportement, qu'il y a un lien de causalité entre leur conduite et les résultats qu'ils obtiennent. On dit que ces personnes ont un *locus of control* interne, au contraire de celles qui n'établissent pas ce lien et qui sont davantage exposées au burn out. Citons encore les théories basées sur l'auto-efficacité, sur l'estime de soi, sur la personnalité comme hiérarchie de buts.

La plupart de ces théories présentent un intérêt certain mais pèchent par nature. En effet, ces dispositions représentent souvent l'expression de différences entre groupes ou sous-cultures auxquelles ces individus appartiennent et qui les façonnent. En outre, ces traits ne sont pas des facteurs purs et stables, mais dépendent de l'environnement dans lequel ils trouvent ou pas à se manifester. Un caractère aura un effet préventif sur le burn out dans un milieu de travail donné et pas dans un autre. Il serait sans doute beaucoup plus intéressant de concevoir des environnements de travail moins menaçants et de favoriser la formation des employés et le soutien organisationnel.

Un burn out spécifique au soignant ?

● Les conditions de travail

Des facteurs « externes » peuvent être mis en exergue dans la genèse du burn out chez tous les soignants, les uns pas forcément spécifiques de leur activité, tels que le volume de travail, le manque de sommeil, les sollicitations excessives, le faible soutien dans le milieu de travail, d'autres plus caractéristiques : ils portent de grandes responsabilités, essuient de plein fouet les exigences d'un public de plus en plus exigeant, mieux informé mais en même temps leurré par le mythe de la science toute puissante

et du progrès sans limites, et se confrontent in fine à la mort et à leur propre impuissance. Plus prosaïquement, ils ont à se battre pour ne pas être balayés par l'explosion des connaissances et des technologies et acquérir une culture du multidisciplinaire qui heurte leurs habitudes. Ils partagent souvent le sentiment que les pouvoirs publics leur sont hostiles, que la paperasse les envahit, et constatent sans illusions l'érosion de leur capital social, symbolique... et financier.

Parmi les soignants, les médecins généralistes semblent particulièrement exposés au burn out. Ils traitent aujourd'hui plus qu'auparavant des problèmes sociaux, côtoient et gèrent la précarité et la délinquance, se sentent insécurisés² et s'exposent parfois à de réels risques physiques. Ils voient leur champ d'activité se réduire par le haut (les spécialistes) et par le bas (les urgences, l'extension des compétences des paramédicaux), vivent mal ce qu'ils considèrent comme une pléthore et interprètent parfois la féminisation de la profession comme la preuve de sa dévalorisation. Ils se savent perçus comme des nantis dans notre société mais ne vivent pas tous dans de telles conditions : être considéré comme privilégié par une frange importante de la population paraît inacceptable aux yeux des jeunes médecins.

Tous ces éléments conduisent à une perte de maîtrise et d'autonomie.

● Les dessous de la relation thérapeutique

Les aspects psychologiques de la relation de soins concernent de manière plus spécifique le psychothérapeute, mais se retrouvent dans les demandes adressées au somaticien qui doit en être conscient. La non-prise en compte de ces aspects néglige une part importante de la demande et réduit la santé à sa seule dimension physique ; elle est ainsi à la base d'une dépersonnalisation - mise à distance - objectivation de l'autre et d'un sentiment d'impuissance et d'incompétence qui sont le terreau d'un épuisement émotionnel et du burn out.

Le soignant est confronté aux aspects sombres de l'âme humaine, à des personnalités peu structurées, à des demandes qui évoluent au fil du transfert³. Une des tâches du soignant sera d'amener le patient à différencier les demandes possibles et impossibles, à reprendre contact

(2) *Les récents projets gouvernementaux de punir plus sévèrement les agressions contre les personnes exerçant une activité d'intérêt public, tels que conducteurs de bus ou médecins, ne promettent pas de les détromper.*

(3) *Transfert : ensemble des réactions inconscientes que le patient développe à l'égard de son soignant. Contre-transfert : réactions inconscientes du soignant à l'égard d'affects qui lui sont projetés et attribués par le patient.*

avec le principe de réalité, à accepter les différentes castrations qui lui sont proposées sur le chemin de sa psychogenèse (castration ombilicale qui l'amène à accepter la séparation d'avec la mère, à accepter sa propre individuation corporelle ; castration orale, sevrage et apprentissage de la frustration, de la dépendance d'un tiers ; castration anale, maîtrise de ses déjections mais aussi des pulsions, apprentissage du contrôle social ; castration phallique qui le renvoie aux autres êtres sexués de son entourage et de son âge). La compréhension de ces aspects

de la relation apporte au soignant une meilleure assise dans son travail (voir encadré : les trois niveaux d'intervention possibles du thérapeute).

Le soignant est également la cible de micro-traumatismes émotionnels éprouvés chaque jour en clientèle, dont l'impact répété l'expose à la fatigue de compassion ou à une trop grande empathie. Lourde aussi est la diversité des questions qu'il a à affronter, métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques..

L'impératif du secret professionnel et les difficultés à maintenir des relations autres que professionnelles avec des patients dont il connaît les souffrances condamnent le soignant à un isolement psychoaffectif et physique.

Les trois niveaux d'intervention possibles du thérapeute

Michael Balint considère que la relation thérapeutique peut être le lieu de la reproduction d'un conflit plus archaïque. La connaissance de ces niveaux, sans conférer au somaticien la compétence d'un psychothérapeute, l'aidera à mieux se situer dans la relation et à se préserver.

Niveau 3, niveau du conflit oedipien

Le modèle de relation est bâti sur un mode triangulaire, où interviennent le sujet et deux objets (père et mère au départ) ; les conflits proviennent de l'ambivalence des relations entre ces trois instances et peuvent se résoudre à l'aide d'un langage clair et structuré.

Niveau 2, niveau du défaut fondamental

La relation est bâtie sur un modèle duel : le sujet a en face de lui un objet mais ne rentre en relation avec lui que dans la mesure où cet objet le satisfait pleinement. Il n'y a pas vraiment de conflit parce que toute l'énergie de la relation va du pôle objet vers le pôle sujet : le sujet et l'objet n'existent que dans un rapport unilatéral, la communication ne se fait pas à l'aide d'un langage structuré, elle est préverbale. Le sujet a vécu un état de carence au niveau des besoins psychophysiologiques à une époque précoce de la vie et manifeste une intolérance à la frustration. C'est le type de patient « exigeant », très fréquent. La compréhension de ce phénomène permet au praticien de prendre de la distance, de gérer son contre-transfert et donc de réguler son épuisement émotionnel.

Niveau 1, niveau de la zone de la création

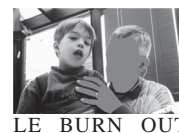
Aucun objet externe n'est impliqué, le sujet est seul, centré sur lui et son seul souci est de créer à partir de lui-même : il croit que l'énergie qui le met en mouvement part de lui, aucune relation transférentielle n'est possible.

Le malentendu de la médecine

Les soignants éprouvent une tendance irrésistible à organiser les plaintes de leurs patients en maladie et négligent souvent l'importance du simple fait que le patient puisse se plaindre.

Cette attitude est symptomatique de la discordance entre un savoir techno-scientifique qui vise à l'universel et la vérité singulière d'un sujet malade. Jean-Pierre Lebrun dit : « *En même temps que le patient s'adresse au médecin, sa demande vise au-delà de ce qu'elle sollicite... une demande est irréductible au besoin... répondre à une telle demande seulement en termes d'objet pour satisfaire le besoin est tout à fait possible... Combien de demandes adressées au médecin ne véhiculent-elles pas ce désir singulier d'un patient - par exemple celui d'une reconnaissance d'un mal-être - qui, d'en être rabattu à une pure et simple demande de soins ne peut dès lors que se réitérer inlassablement ? Cette autre demande que l'apparente demande de guérison, voilà bien ce que la médecine en tant que science médicale n'a pas la possibilité d'entendre ; seul le médecin est en mesure de le faire pour autant que lui-même consente à être non seulement l'agent de la médecine scientifique mais aussi un sujet à part entière.* » (La maladie médicale, page 53).

Ce malentendu au cœur de la relation, né de la



volonté du « scientifique » de faire rentrer le patient dans une logique binaire de type besoin-réponse impersonnelle, où il n'y a de place ni pour le sujet de la demande ni pour la parole du soignant (il répète des énoncés dont il ne se considère pas l'énonciateur) conduit à la mise à distance du patient devenu objet (dépersonnalisation), à la répétition sans fin des interventions puisque la demande n'est jamais rencontrée (épuisement) et à un sentiment d'échec pour le soignant (incompétence) : ne sont-ce pas là les trois piliers du burn out ?

Derrière le malentendu se profile la question du sens du travail dans le champ de la santé. Notre société est sans doute la première qui se donne pour objectif de repousser sans cesse les limites de la douleur et de la mort par ses propres moyens. Dans tous les domaines, et la santé n'y échappe pas, les performances les plus extraordinaires sont exigibles. Le recours à la religion ou à la sagesse est vécu par beaucoup comme un échec de la science et nombre de soignants se détournent quand il n'y a plus rien à faire : ce n'est plus de leur ressort. Sommés d'assumer une responsabilité personnelle devant la douleur et la mort (et cela va parfois jusqu'au procès), ils sont confrontés à leur impuissance et à leurs limites. Ce piège dans lequel la médecine s'est elle-même enferrée en se livrant toute entière à la science et en oubliant la subjectivité renvoyée avec dédain aux sciences humaines (même la psychiatrie, dans sa volonté de faire science, bascule progressivement dans l'objectivation pure et dure) se referme sur le soignant qui finit par devenir lui-même un objet qui met cette science en action. A nouveau les trois piliers...

D'autres facteurs s'attachent à la personne des soignants

La question du choix de la profession de soignant n'est pas sans importance. Ce choix peut reposer sur une faille dans son histoire, ce qui est à la fois une faiblesse et une force car il y a une plus grande sensibilité. La plupart des soignants ont une personnalité riche et généreuse, et pèchent souvent par excès.

Au-delà d'une recherche de réussite sociale ou du pouvoir, il y a le besoin irrésistible du médecin de prouver au patient, au monde entier et par-dessus tout à lui-même, qu'il est bon,

bienveillant, avisé et efficace, ce que Michael Balint appelait sa « fonction apostolique ». Une haute conception du travail, le sens de la vocation, l'anxiété, l'hyperactivité, le désir de plaire à tout le monde, une propension à l'auto-critique, la difficulté à déléguer, la mentalité de sauveur : combien de soignants ne retrouveront-ils pas dans cette liste non exhaustive des traits qu'ils reconnaîtront chez leurs collègues, souvent sans accepter de les reconnaître en eux-mêmes.

Certains auteurs parlent du burn out en termes de « pathologie de l'idéal », d'une démotivation dans un contexte judéo-chrétien qui met en avant la notion de faute.

Les approches psychologiques individuelles sont cependant peu convaincantes : si des troubles mentaux peuvent favoriser l'apparition du burn out, un sujet sain peut également en être atteint ; mais surtout l'incrimination d'une faille individuelle nie l'aspect fondamental du burn out qui est l'influence du travail.

Ce sont les approches issues de la théorie du stress qui offrent les explications les plus satisfaisantes.

Burn out et stress

On peut considérer que le stress est une tension passagère éprouvée dans tous les moments pénibles. Quand ce stress persiste et se produit dans le milieu de travail, il peut mener au burn out. Il est dès lors intéressant d'étudier les conditions du stress afin d'envisager une prévention du burn out.

Le concept de stress n'est malheureusement pas univoque : certains auteurs l'emploient pour faire référence à un élément de l'environnement qui est alors un stressor, un stimulus ; d'autres pour nommer la tension ressentie, c'est-à-dire la réponse au stress ; dans ce cas, c'est l'individu qui est stressé.

Les définitions basées sur le stimulus ne rendent pas compte de la complexité du phénomène : un élément n'est pas automatiquement stressor par sa nature, par son intensité ou par sa fré-

quence. Une activité peut être stressante pour une personne et pas pour une autre, à un moment donné et pas en d'autres temps, dans tel ensemble de circonstances et pas dans d'autres.

Quant aux définitions basées sur la réponse au stimulus, elles sont ambivalentes : face à un stress, l'organisme donne une réponse destinée à retrouver son équilibre, son homéostasie : c'est un mécanisme général d'adaptation, qui peut être bon ou mauvais. Ces deux modèles ignorent en outre le contexte dans lequel apparaissent stimulus et réponse, par exemple la possibilité de contrôle sur son travail.

Une troisième approche tente de dépasser ces difficultés et d'expliquer pourquoi, face au même stress, deux personnes ne présentent pas forcément la même réponse : ce sont les modèles psychologiques du stress basés sur l'idée d'une interaction dynamique entre l'individu et l'environnement.

Dans cette approche, on distingue un modèle interactif, auquel on reproche de faire de la personne et de l'environnement des entités séparées, mis en scène dans un schéma de causalité linéaire (de type cause-effet : telle type de circonstance provoque du stress chez tel type de personne), et un modèle transactionnel qui fait intervenir une médiation par un processus psychologique impliquant une évaluation cognitive et une boucle de rétro-action, un feedback « situation -évaluation - comportement - nouvelle situation - nouvelle évaluation - nouveau comportement - etc. » : aucune variable ne peut être caractérisée indépendamment des autres.

Dans le modèle transactionnel, le stress devient une relation particulière entre la personne et l'environnement, relation évaluée par la personne comme éreintante ou excédant ses ressources et mettant son bien-être en danger (définition de Lazarus et Folkman). Les efforts déployés par la personne pour répondre à cette situation au fur et à mesure de son évolution (on désigne sous le nom de *coping* ces stratégies utilisées pour faire face aux tensions) peuvent être variés : confrontation, mise à distance, contrôle de soi, recherche d'un support social, acceptation de responsabilité, fuite-évitement, résolution du problème, réévaluation positive.

Le *coping* peut être centré sur le problème ou sur les émotions qu'il a fait naître. De nombreuses études cherchent à définir quelles sont les formes de *coping* les plus à même de prévenir le burn out, mais dans la pratique elles se concentrent surtout sur les facteurs qui dépendent de l'individu et négligent les aspects collectifs ou culturels, ce qui les déforce car la culture est grand fournisseur de modes communs d'interprétation et de ressources collectives (support, organisation collective, etc.). Le modèle transactionnel permet néanmoins de développer le *coping* « pro-actif », c'est-à-dire d'appréhender ce qui peut être fait avant que le stress n'apparaisse, comment l'anticiper et le prévenir. Cette approche mobilise davantage la collectivité, mobilisation qui renforce par elle-même le sentiment de compétence.

Autre approche du stress, de plus en plus employée dans les recherches sur le burn out : la théorie de conservation des ressources. Les ressources en question renvoient principalement à trois sphères distinctes : le locus de contrôle, le soutien reçu d'autrui, l'autonomie au travail avec la possibilité de participer aux prises de décision. Le stress apparaît quand les ressources des individus sont menacées ou perdues, ou quand les individus investissent des ressources et ne reçoivent pas les retours anticipés. Le burn out correspond surtout à cette dernière situation. Cette théorie tient compte davantage des aspects collectifs et des conditions objectives de l'environnement et offre la possibilité d'identifier et développer des stratégies pouvant servir à maîtriser les situations d'incertitude et à protéger l'individu contre la perte des ressources.

Peut-on prévenir le burn out, peut-on le traiter ?

Le fossé est profond entre les efforts fournis pour cerner le phénomène et ceux accomplis pour construire des programmes d'intervention et les évaluer.

Une question traverse les pratiques actuelles de lutte contre le burn out : faut-il changer l'individu ou changer la situation ?

La plupart du temps, on cherche à réduire les

effets du burn out plutôt qu'à infléchir les stressseurs. C'est de la prévention secondaire qui consiste à aider à faire face aux stressseurs : relaxation biofeedback, méditation, gestion du temps... Il n'y a pas d'action sur l'environnement ni sur les stressseurs : charge travail, sources d'agressivité des clients, ambigüités de rôles...

Ces programmes sont centrés sur l'individu, ce qui est peu coûteux, mais clivent la souffrance de l'individu du contexte dans lequel elle survient. Leur efficacité est faible et cantonnée au court terme. Ils véhiculent insidieusement l'idée que la personne est responsable de son burn out, que c'est une faute du sujet, masquant la part de responsabilité du système.

La prévention primaire (avant que le burn out ne survienne) impliquerait de s'attaquer aux agents stressseurs, de repenser l'environnement de travail : redéfinir les postes de travail, permettre une meilleure participation aux décisions, développer le support social, fournir une rémunération équitable. Cette démarche qui semble donner d'excellents résultats est très rarement mise en oeuvre, les institutions ne se mobilisant généralement que lorsque la souffrance et les symptômes sont visibles. Une organisation en bonne santé devrait favoriser l'ajustement entre la personne et l'environnement, gérer et récompenser les performances, informer et impliquer les personnes employées, soutenir le style de vie et les besoins familiaux des employés... toutes choses qui ne cadrent avec les objectifs de l'économie libérale.

En ce qui concerne plus spécifiquement le burn out des soignants, les recherches ouvrent un certain nombre de pistes.

Au niveau organisationnel, le système de soins de santé est souvent réduit à un champ de bataille où s'entrechoquent les intérêts privés et les contraintes budgétaires publiques, et les politiques de santé éprouvent de grandes difficultés à se déployer en dehors de ce cadre. Les conditions de travail auxquelles sont soumises les professions de santé en souffrent : surcharge de travail des infirmiers avec désertification du métier, évacuation des dimensions humaines de la relation de soins associée à l'hospitalocentrisme (les « usines à soins » dont se plaignent nombre de patients... et de



soignants), paradoxe d'une première ligne où les uns croulent sous la tâche tandis que d'autres ne parviennent pas à gagner leur vie, réponses mécaniques au problème de la pléthore, mauvaise définition des rôles dans la répartition des tâches entre les différentes lignes de soins, sensation de perte de contrôle des soignants (réelle ou fantasmée) amenés à respecter des directives économiques qui leur paraissent étrangères à leurs objectifs, la liste est longue encore de circonstances de travail qui conduisent à l'épuisement et au sentiment d'impuissance et qui dépendent de choix politiques. Mettons en exergue l'exposition accrue des femmes au burn out, différentiel lié exclusivement aux contraintes socio-économiques et qu'à ce jour aucune politique ne prend sérieusement en compte.

Les aspects psychologiques du burn out se réduisent souvent à leur dimension individuelle : c'est la personnalité du soignant « brûlé » qui est mise en cause. Sortir de cette impasse nécessite d'en finir avec l'image du *poor lonesome* soignant s'éloignant dans le soleil couchant et de le sortir de son isolement matériel et psychoaffectif. Des réponses existent mais sont sous-employées : elles nécessitent de soutenir

les pratiques de groupe et de réseau, les groupes Balint, les lieux et les moments de parole, la culture du débriefing...

En amont, il faut reconnaître de manière très concrète l'importance du psychologique et du relationnel dans l'approche de la maladie et de la santé : informer de cet aspect (sans angélisme) les candidats soignants, l'introduire à sa juste mesure dans la formation et le valoriser face au mammoth des connaissances scientifiques, rendre sa dignité à l'acte intellectuel et à sa composante relationnelle dans la pratique quotidienne, tant au niveau symbolique que dans la formation continue et en tenir compte dans les modes de rémunération du soignant⁴.

L'idéalisation de la mission du soignant est une autre cause de burn out. Les soignants doivent

être invités à prendre des distances par rapport à leur fonction apostolique qui ne peut que les amener à s'épuiser sans retour.

Il est tout aussi impératif de débarrasser les professions de santé de leur fantasme de toute-puissance, tant au niveau des professionnels que des attentes du public. Les dispositifs favorisant la co-responsabilité des usagers et des professionnels doivent être développés (promotion de la santé, santé communautaire, etc.).

Enfin, une saine réflexion sur les pratiques de santé, comme celle-ci que nous devons à Jean-François Malherbe, n'est-elle pas le meilleur garant contre le burn out : « *La relation soignant-soigné ne sera véritablement humaine que dans la mesure où les personnes qui y sont engagées agissent en sujets synergiques et non dans le*

(4) *Outre l'amélioration que cela produira en termes de santé, l'impact financier de la prise en compte des aspects relationnels de la relation de soins pourrait s'avérer économique : à l'heure actuelle, il est beaucoup plus rentable d'expédier rapidement les consultations, de prescrire et de multiplier les examens inutiles faussement rassurants que de prendre le temps « gratuit » d'écouter la plainte dans tous ses états. Une tendance que l'on pourrait inverser avec profit sans pour autant tomber dans l'excès inverse et risqué qui consisterait à tout psychologiser.*

(5) *NHS : National health service. Service national de santé en Grande Bretagne.*

Les dimensions oubliées

Ces quelques lignes, extraites du British Medical Journal, illustrent les dimensions politiques et philosophiques du burn out. Bien sur, ceci est notre opinion, l'auteur ne parle pas ouvertement de burn out, ce n'est pas son propos. Mais comment ne pas y songer...

« ...Un groupe qui souffre de l'inadéquation entre les attentes des gens et l'offre de soins est le personnel du NHS⁵. Ils sont pris comme des hamsters dans une roue qui doit tourner toujours plus vite. Au lieu d'avoir une compensation à leur salaire, qui est généralement plus bas que dans le secteur privé, par le sentiment qu'ils accomplissent bien un travail important, ils sont maintenant conscients d'une pression croissante et d'un échec à offrir un service optimum. Ils ont un salaire bas et une désillusion. Ainsi, les infirmiers et les gestionnaires partent vers d'autres secteurs et les docteurs commencent à penser à travailler en dehors du NHS. La démoralisation générale du staff peut être un élément important de la partie.

(...) Une inadéquation entre les attentes et l'offre peut être abordée de deux façons. Certainement il est nécessaire d'améliorer l'offre et les politiciens toujours promettent de telles améliorations. Mais il serait aussi intéressant que quelqu'un – parmi les politiciens, chercheurs, les soignants – travaille sur les attentes : la mort est inévitable ; la plupart des maladies principales ne peuvent pas être guéries ; les antibiotiques sont inutiles dans la grippe ; les prothèses artificielles peuvent se casser ; les hôpitaux sont des endroits dangereux ; tout médicament a des effets secondaires ; la plupart des interventions médicales ne donnent que des résultats marginaux et beaucoup n'apportent rien ; les tests de dépistage donnent des faux négatifs ; il y a de meilleurs moyens de dépenser l'argent que dans plus de technologie médicale. « Le meilleur système de soins dans le monde » que les politiciens promettent dans chaque pays, n'est pas celui qui fournit tout à tout le monde mais plutôt celui qui détermine ce que la société veut dépenser en soins de santé et ensuite fournit des services définis, basés sur des preuves, d'une façon humaine et ouverte sans demander l'impossible à son personnel ».

Richard Smith, BMJ ; 318 :209, 1999.



cadre d'une action de type mécanique... La médecine a-t-elle pour vocation de réaliser tous nos désirs ou de cultiver notre autonomie en dépit des vicissitudes du corps que nous avons ?... Cultiver l'autonomie de l'autre, c'est reconnaître sa présence, sa différence et notre équivalence, c'est assumer la condition humaine marquée par la solitude, la finitude et l'incertitude et vivre avec lui l'idéal moral de la solidarité, de la dignité et de la liberté ».

Sources

Sources de cet article et de *Burn out : biographie d'un concept* page 37

Les deux ouvrages cités ci-dessous ont nourri la majeure partie de notre réflexion ; ils contiennent en outre un trésor de références pour qui souhaitera approfondir le sujet.

Épuisement professionnel et burn out (concepts, modèles, intervention), Didier Truchot, Dunod, Paris, 2004.

Le burn out du soignant, Michel Delbrouck, éditions De Boeck université, collection Oxalis, Bruxelles 2003.

Sans être spécifiques du burn out, les ouvrages suivants, que nous avons utilisés ponctuellement, élargissent sans conteste le champ de la réflexion sur le burn out.

La barbarie douce, Jean-Pierre Le Goff, La découverte, Paris 2003.

Le travail, une valeur en voie de disparition, Dominique Méda, Aubier, Paris, 1995.

L'insécurité sociale, Robert Castel, Editions du Seuil et La République des Idées, octobre 2003.

Le malade, son médecin et la maladie, Michael Balint, Petite bibliothèque Payot, Paris 1966.

La maladie médicale, Jean-Pierre Lebrun, éditions De Boeck-Wesmael, Bruxelles 1993.

Être ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie, Robert G. Evans, Morris L. Barer et Theodore R. Marmor, John Libbey Eurotext et Les presses de l'Université de Montréal, 1996.

Pour une éthique de la médecine, Jean-François Malherbe, éditions Ciaco et Jean-François Malherbe, Bruxelles 1990.

Autonomie et prévention, Jean-François Malherbe, Editions Fides, Montréal et Artel sc., Louvain-la Neuve 1994.

La construction sociale du corps, Christine Detrez, éditions du Seuil, collection Points Essais, 2002.