

# **Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out.**

## **Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique.**

**Pierre Canoui : Thèse 1996**

### **Sommaire**

#### **INTRODUCTION**

##### **I - Le syndrome de l'épuisement professionnel : un concept utile. Définition et limites**

###### **1-Historique : naissance et émergence du concept de "burn out".**

###### **2-Définition du syndrome d'épuisement professionnel.**

2-1.Introduction

2-2.Les termes

2-3.Les caractéristiques du syndrome d'épuisement professionnel.

2-3-1. Les signes cliniques

2-3-2. La mesure du Burn out et la description du syndrome.

a. L'épuisement émotionnel

b. La déshumanisation de la relation à l'autre

c. La diminution de l'accomplissement personnel.

###### **3- Etudes critiques et limites du syndrome d'épuisement professionnel.**

3-1. Epuisement professionnel et psychopathologie au travail : De la fatigue au travail au "burnout syndrome".

3-2.Epuisement professionnel et stress

3-2-1. Rappel et généralités sur le stress.

3-2-2. Conceptions actuelles du stress.

3-2-3. Stress et événements de vie.

3-2-4. Stress et "coping"

3-2-5 La notion de lieux de contrôles

3-2-6. Les retentissements du stress.

3-2-7. Qu'est-ce que le concept de "burn out" apporte à celui de "stress" ?

3-3.Epuisement professionnel et dépression.

3-4.Le burn out doit-il être limité aux professions dites d'aide ou peut-on l'étendre à toutes les formes de travail

3-4-1. Burn out et relation d'aide

3-4-2. Le "burn out par ricochet et le "burn out par procuration "

3-4-3. Particularités de l'épuisement des aidants naturels

3-5.Le syndrome d'épuisement professionnel: une nouvelle catégorie diagnostique des troubles mentaux?

###### **4-Le syndrome d'épuisement professionnel: un concept utile ?**

###### **5-Le syndrome d'épuisement professionnel : un phénomène existentiel .**

## **II - Evaluation de l'épuisement professionnel et des facteurs qui y sont reliés**

### **1-A propos de l'évaluation: objectifs et écueils**

- 1-1. Quantifier du qualitatif ?
- 1-2. Que nous apporte l'évaluation quantitative d'un vécu subjectif ?

### **2-Les Méthodes d'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel, des facteurs de stress et des stratégies d'adaptation.**

- 2-1. Instruments pour évaluer le Burn out syndrome.
  - 2-1-1. Les méthodes "à large portée"
  - 2-1-2. les méthodes d'évaluation "à portée restreinte".
- 2-2. Les échelles permettant l'études des différents facteurs intervenant dans l'épuisement professionnel.

### **3-Enquête sur l'épuisement professionnel des soignants en réanimation pédiatrique**

- 3-1. Matériel et Méthode
  - 3-1-1. Population étudiée
  - 3-1-2. Méthode
- 3-2. Résultats
  - 3-2-1. Taux de réponses
  - 3-2-2. Caractéristiques socio-démographiques.
  - 3-2-3. Résultats Globaux
- 3-3. Facteurs et corrélations
  - 3-3-1. Facteurs socio-démographiques
  - 3-3-2. Facteurs professionnels et organisationnels
  - 3-3-3. Les facteurs psychologiques en cause
  - 3-3-4. Les conséquences physiques et psychologiques
- 3-4. Etudes des stratégies d'adaptation
  - 3-4-1. Quelles sont ces stratégies d'adaptation ?
  - 3-4-2. Les stratégies d'adaptation au travail
  - 3-4-3. Les stratégies d'adaptation en dehors du travail

### **4-- Discussions des résultats et études comparatives**

- 4 -1. Liste des travaux recensés
- 4 -2. Qui sont les soignants interrogés ?
- 4--3. L'évaluation du burn out.
- 4--4. Les facteurs reliés à l'épuisement professionnel.
  - 4 -4--1. Les variables personnelles
    - a. Les variables socio-démographiques
    - b. Les variables professionnelles individuelles
    - c. Les variables relatives à la personnalité du sujet.
  - 4 -4--2. Les facteurs liés au type de pathologies
  - 4--4--3. Les facteurs organisationnels
    - a. Le soutien en milieu professionnel
    - b. Les stressseurs professionnels
    - c. L'ambiguïté des rôles
    - d. La charge de travail
  - 4--4--4 En résumé

### **5-Critiques et Conclusions**

### **III – Conséquences pratiques et éthiques du syndrome d'épuisement professionnel**

#### **1- La problématique et son évolution**

1-1. Généralités

1-2. Présentation de la réanimation pédiatrique

1-2-1. Présentation du service de réanimation médico-chirurgicale des Enfants Malades

1-2-2. Petit historique de la réanimation pédiatrique

1-2-3. La Réanimation pédiatrique et l'épuisement professionnel.

a. Organisation du travail.

b. Ambiance et conditions de travail

c. La présences des hautes technologies

d. Les relations avec les enfants et leurs familles

e. La fin de vie

1-3. Les différentes approches de l'épuisement professionnel

1-3-1. Les objectifs

1-3-2. Méthodologie d'approche de l'épuisement professionnel

a. Approche collective

b. L'approche individuelle du burn out

1-4 Critiques et discussion.

#### **2-Approche individuelle**

2-1. Position du problème

2-2. Hypothèses

2-3. La relation d'aide

2-3-1. Définitions de la relation d'aide.

2-3-2. Les difficultés de la relation d'aide:

a- Penser pour soi, penser pour l'autre.

b- La responsabilité dans la relation d'aide.

c- La bonne distance

d- La justice dans la relation d'aide.

e- Altruisme et égoïsme dans la relation d'aide.

2-4. Conclusion

#### **3-Approche organisationnelle**

#### **4-Approche collective et pluridisciplinaire**

4--1. Problématiques générales et hypothèses

4--2. La communication avec les familles

4 -2-1. Position du problème

4 -2-2. En quoi la présence des familles peut devenir une charge de travail.

4--2-3. Objectifs, Hypothèses, Méthodes.

4 -2-4. Enquête sur la qualité de la communication parents-équipes

4 -2-5. Principes éthiques dans la communication et réflexions sur la pratiques.

4 -2-6. Conclusions et guide d'entretien

4 -3. La mort en réanimation pédiatrique.

4 -3-1. Position du problème

4 -3-2. Objectifs, hypothèses et méthode de travail

4 -3-3. Résultats et commentaires

4 -3-3.1. Analyse des comportements antérieurs et critiques

4 -3-3.2. L'accompagnement de l'enfant en fin de vie

- a. Les différentes situations de décès
- b. Partage d'information, partage de décision.
- c. Les différents temps de la fin de vie.  
Introduction de rituels.
- d. La place des frères et soeurs
- e. Soutien des la famille à distance du deuil
- 4 -3-4. Conséquences positives et négatives
  - 1-Le deuil des soignants.
  - 2- Evaluation des nouveaux comportements
    - a-Points positifs
    - b-Problèmes nouveaux ou non résolus
    - c- Elargissement à d'autres situations
- 4 -3-5. Conclusions
- 4 -4. Les réanimation de longue durée: le syndrome de Sisyphe.
- 4 -5 La douleur en réanimation.

## **SYNTHESE ET CONCLUSIONS**

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **ANNEXES**

- 1- Guide à l'usage des médecins du service de réanimation
- 2- Le baptême
- 3- Fiche décès
- 4-- Conséquences pratiques en matière de formation
  - 1. Au niveau de l'AP-HP: le problème de la prévention
  - 2. Un groupe de réflexion pluridisciplinaire
  - 3. Plan de formation et d'évaluation 1997
  - 4. L'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel est-elle possible? Souhaitable? Le problème de l'audit.
- 5-Projet de formation 1997 : Prévention de l'épuisement professionnel
- 6-Tryptique de sensibilisation sur l'épuisement professionnel.
- 7-Enquête réanimation et psychologie

## INTRODUCTION

C'est en abordant la souffrance de l'enfant atteint de maladie grave ou chronique et de sa famille, que nous avons été amené à considérer celle des soignants. Travaillant dans un service de réanimation pédiatrique dans l'optique du soutien psychologique aux patients et aux familles d'enfants hospitalisés, nous nous sommes rendu compte à l'occasion des réunions avec les infirmiers(ères) et médecins combien certaines situations les avaient marqués. La simple évocation de celles-ci suffisait parfois à faire jaillir une émotion non maîtrisée plusieurs années après.

Nous nous sommes aussi interrogé avec les cadres infirmiers sur les motifs de départ de certains soignants apparemment bien adaptés au service.

Les cadres infirmiers ont proposé aux infirmiers(ères) qui le voulaient de nous rencontrer pour tenter de comprendre ce qui avait été à l'origine de leur décision de changer de service. Il ne s'agissait pas tant de les faire changer d'avis que de savoir ce qu'ils avaient vécu et de tenter de cerner la responsabilité du service. L'accueil, la formation qui leur étaient donnés étaient-ils suffisants ? Le tutorat par une infirmière plus ancienne s'était-il bien passé ? La charge de travail était-elle excessive ? L'impact émotionnel fut-il trop violent ?

A l'époque, les manques de personnel retentissaient sur le reste de l'équipe menaçant la qualité de l'activité du service. Chaque départ était un peu vécu comme un échec dans la mesure où former une nouvelle infirmière aux techniques complexes de la réanimation pédiatrique demande à plusieurs personnes (médecins, infirmière tutrice, encadrement ...) d'intervenir sur une longue durée (3 à 6 mois).

Ces mouvements de personnel étaient d'autant plus douloureux qu'ils correspondaient à une période de pénurie généralisée de personnel qui a précédé de peu les grands mouvements infirmiers des années 1988-1989. A posteriori, on peut se demander si ces grands mouvements sociaux n'étaient pas des équivalents de Burn Out, d'épuisement professionnel de toute une catégorie professionnelle. Plus récemment, les revendications des personnels de police et l'épidémie de suicides violents qui a frappé cette profession et interrogé l'opinion sont peut-être aussi à interpréter dans une perspective d'un Burn Out syndrome.

Depuis toujours ont été admirés des médecins dévoués, des infirmières solides et compatissantes. En posant comme une évidence le courage, l'esprit de sacrifice, le dévouement des soignants, en les louant parfois à l'excès, n'a-t-on pas permis de refouler au mieux les difficultés de ces professionnels ? En les dotant dans l'esprit de la collectivité sociale, de capacité mentale et humaine particulière, n'a-t-on pas laissé évoluer une situation qui nous apparaît aujourd'hui ? Personne ne conteste que les métiers de santé puissent être source de fatigue, de découragement voire de dépression passagère. Mais les résultats des études nous poussent à dépasser ces idées communes quand des chiffres révèlent que 25 % des infirmières d'hôpitaux généraux, tous services confondus, souffrent dans leur travail et qu'une sur deux a eu l'envie récente de quitter son poste même si 80 % d'entre elles sont et demeurent très motivées par ce qu'elles font (C. Rodary et Coll.[111]). Face à un tel constat, on peut se demander ce que vaut une société qui traiterait si mal les personnes qui prennent en charge sa santé ?

Il est vraisemblable qu'un soignant moins épuisé sera plus efficace, plus rigoureux dans ses actes, plus satisfait de lui-même et plus "rentable". En terme d'économie collective, l'incidence du burnout doit être mesurable par l'intermédiaire de l'évaluation du coût financier des arrêts de travail, de l'absentéisme et de la rotation de personnel. Santé des personnes, éthique et économie semblent peu dissociables. Malgré certaines orientations actuelles en matière d'économie de la santé, est-il viable qu'une société n'ait comme seule valeur du travail que la productivité, la rentabilité et l'équilibre budgétaire ? Il y a là des questions éthiques incontournables.

Quand nous avons découvert l'existence du concept de Burn Out syndrome, il nous a paru intéressant de l'étudier. Rapidement comme outre Atlantique, le mot a été adopté par des soignants qui ont trouvé en lui une sorte de reconnaissance et de légitimité pour parler de leur difficulté et de leur souffrance. En même temps, avec ce mot, il devenait possible d'aborder le soignant dans sa fonction, dans sa personnalité sans être

suspecté de vouloir le déstabiliser, ou le remettre en question. Il lui devenait possible de parler de ses propres difficultés sans risquer d'être aussitôt étiqueté d'être un mauvais professionnel. Le Burn Out permettait ainsi de parler de l'indicible, un aspect caché et parfois si douloureux du métier.

Mais ceci ne fait pas du burnout un concept valide : 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 comme l'écrivait D. Scarfone [117] d'"avoir affaire au fameux couteau sans manche dont on aurait égaré la lame".

Comment aller plus avant dans la compréhension du Burn Out syndrome ? Le but de cette thèse est d'être un plaidoyer pour la prise en compte de la souffrance des soignants et de répondre aux questions suivantes :

- En quoi le burn out est un apport intéressant dans la compréhension de la pathologie du travail de soignant.
- Quels sont les facteurs déterminants
  
- Comment agir?
- Quelles en sont les implications éthiques?

Pour y répondre, nous menons depuis plusieurs années des travaux dans le cadre d'un service de réanimation pédiatrique et en pédiatrie générale auprès des patients, de leur famille et de l'équipe soignante. Par une présence régulière et disponible quoiqu'intermittente, nous avons pu écouter beaucoup de soignants en groupe ou en individuel à l'occasion des multiples, brèves ou longues discussions de couloirs qui font le travail de pédopsychiatre en service pédiatrique. Avec le Groupe Réanimation et Psychologie, fondé en 1992 avec M. Cloup, E. Guillibert, Y. Ravaud et Y. Pélicier, nous avons réalisé une enquête nationale sur l'évaluation du syndrome d'épuisement professionnel auprès de 20 services de réanimation pédiatriques. Cette étude a pu être menée à bien grâce à l'apport de N. Lidvan [851 qui avait déjà travaillé sur le syndrome d'épuisement professionnel dans un service d'urgence (Le SAMU de Paris) et surtout mis au point et validé la méthodologie.

Par ailleurs, un certain nombre de groupes de travail et de groupes de parole étaient organisés dans deux services : en réanimation médico-chirurgicale et en pédiatrie générale (orientée vers les enfants atteints de mucoviscidose à l'hôpital Necker-Enfants-Malades).

Enfin notre activité de psychiatre-psychothérapeute nous a conduit à prendre en traitement psychothérapique et analytique, des infirmières que l'on peut dire maintenant atteintes de burn out ou ayant présenté un burn out qui avait évolué parfois vers un état dépressif. Il serait bien peu honnête de ne pas parler de notre auto-observation et des sentiments d'épuisement personnel, de burn out que nous avons pu vivre dans l'exercice de notre profession de médecin. A l'occasion de situations difficiles, d'échecs (le suicide d'un patient en est la forme la plus douloureuse), nous avons pu éprouver de l'intérieur ce que l'on appelle un burn out syndrome. C'est à partir de ces expériences que ce travail a été bâti.

La première partie est consacrée à l'analyse du syndrome d'épuisement professionnel et à la recherche de sa spécificité. Dans la seconde partie, l'évaluation du burn out syndrome permet de mesurer son ampleur et mettre en évidence les facteurs qui y sont reliés. L'étude de l'épuisement professionnel en réanimation permet d'annoncer la troisième partie consacrée à l'aide que peut apporter ce concept dans la pratique.

Un tel sujet aurait aussi bien sa place en santé publique, médecine du travail, psychiatrie, psychologie sociale, sociologie qu'en éthique. Il s'agit en effet d'un thème qui se trouve à l'interface de plusieurs domaines d'activités humaines. Mais il est apparu que derrière les situations de burn out se trouvaient bien des questions de sens et donc d'éthique.

## Synthèse et conclusion

Sous le terme imagé de "Burn Out Syndrome", le syndrome d'épuisement professionnel est né d'un constat populaire fait par des soignants pour des soignants.

Les premiers travaux concernant ce syndrome semblaient rejoindre des aspects connus en matière de psychopathologie du travail en accordant au stress une place privilégiée. On ne peut aborder le burn out en terme de pathologie due au stress qu'à condition d'en adopter les conceptions actuelles. Le stress est une réaction normale d'adaptation avant d'être à l'origine de troubles psychopathologiques et somatiques variés. Les conceptions du stress ont changé. Elles sont passées d'un modèle biomédical à un modèle biopsychosocial. Le stress n'est pas seulement une réaction de survie de l'individu se déroulant de façon stéréotypée quel que soit l'agent agresseur et ayant pour objectif le maintien de l'homéostasie du sujet (Cannon 1932, Selye 1956), il n'est pas non plus le résultat exclusif d'une tension excessive imprimée à un individu, il est le résultat d'une interaction. Le modèle linéaire stimulus-réponse a laissé la place à un modèle "transactionnel" entre l'individu et son environnement qui "implique d'abord la perception et l'interprétation de la situation" (Dantzer [33]). Il s'agit donc d'un stress perçu, vécu, proche de l'émotion, retrouvant plusieurs siècles après l'analyse de la tourmente des hommes faite par Epictète:

*" ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses, ce sont les jugements qu'ils portent sur les choses " ..*

Dans le cadre du syndrome d'épuisement professionnel, il ne s'agit pas d'un stress aigu mais de la répétition d'un stress chronique dans un cadre professionnel. Il est une forme de "stress spécialisé".

L'étude de la littérature et l'expérience clinique ne permettent pas de donner au Burn Out une spécificité propre ni sur le plan symptomatique ni sur le plan des mécanismes psychopathologiques. Les symptômes psychiques et somatiques sont polymorphes et aspécifiques (troubles anxieux, dépressifs, somatiques ... ). Les mécanismes psychopathologiques sont ceux décrits dans le cadre de séquences névrotiques. Il n'est pas nécessaire que le syndrome d'épuisement professionnel soit une nouvelle catégorie diagnostique pour exister. En pratique psychiatrique, s'il fallait le placer dans une cadre diagnostique, c'est la catégorie "troubles d'adaptation" qui conviendrait au mieux.

C'est par une approche en extériorité que le syndrome d'épuisement professionnel s'est précisé. Maslach et Jackson en créant un outil d'évaluation, le M.B.I. (Maslach Burnout Inventory), ont permis d'isoler une des caractéristiques fondamentales du syndrome d'épuisement professionnel. Elles ont défini ce syndrome selon trois critères . l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail.

Le second critère est la pierre de touche du syndrome d'épuisement professionnel des soignants. En positionnant la relation à l'autre au centre du Burn Out, il se trouve limité, certes, aux professions dites d'aide mais acquiert aussi toute sa spécificité. Le Burn out prend tout son intérêt quand on le considère comme un des aspects de la pathologie de la relation d'aide. Quand la relation d'aide ( ou thérapeutique) "tombe malade", la symptomatologie est celle d'un burn out.

Les études épidémiologiques et d'évaluation réalisées avec des outils méthodologiques fiables montrent que 25 et 40 % des soignants sont épuisés. Ceci donne au syndrome d'épuisement professionnel des soignants des allures d'épidémie à forte contagiosité sinon d'endémie et justifie que toutes les instances de santé s'intéressent au problème.

En réanimation pédiatrique, l'enquête nationale que nous avons menée avec le groupe Réanimation et Psychologie a révélé des taux de 41,3 % de population pédiatrique soignante atteinte d'épuisement professionnel.

Les facteurs de risque corrélés avec l'épuisement professionnel ouvrent autant de chapitres permettant une réflexion sur les manières de diminuer l'impact du travail sur les soignants. Il apparaît dans toutes les études

que les caractéristiques personnelles ont peu d'influence sur la sensibilité à l'épuisement professionnel. Comme on pouvait s'y attendre, plus les soignants sont jeunes, plus ils sont à risque de fatigue au travail.

Les études sur les personnalités des soignants atteints d'épuisement professionnel ne mettent pas en évidence de personnalité à risque. Elles permettent de définir des traits psychologiques (robustesse : "hardiness") ou des types de coping (manière de faire face possédant un lieu de contrôle interne) qui semblent protéger certains soignants des effets du stress. Les chiffres d'épuisement professionnel dans les services de réanimation pédiatrique sont élevés mais il n'est pas possible dans les études globales réalisées sur de grands nombres de confirmer si le type de pathologies traitées détermine à lui seul le niveau d'épuisement professionnel des soignants.

En effet, l'organisation, l'ambiance de travail sont des facteurs très déterminants. Les conflits entre les personnes, le manque de soutien, les difficultés à communiquer, l'ambiguïté des rôles, et la charge de travail font partie des facteurs les plus souvent retrouvés dans les enquêtes. Chacun de ces facteurs détermine autant de pôles de réflexion dans une optique de prévention ou de traitement de l'épuisement professionnel.

Les travaux d'enquête, les évaluations réalisent des observations de l'extérieur de ce syndrome d'épuisement professionnel. C'est un type abord nécessaire et utile mais insuffisant pour tenter d'apporter des réponses au malaise des soignants. L'approche quantitative ne suffit pas pour pénétrer au coeur d'un tel problème. Des analyses qualitatives de l'intérieur s'imposent pour comprendre et tenter une approche préventive ou curative du syndrome d'épuisement professionnel.

Nous l'avons envisagée dans trois directions.

La première direction est représentée par la relation d'aide. La valeur du syndrome d'épuisement professionnel est d'avoir remis au centre de la réflexion les difficultés de la relation d'aide et de l'analyse de la "bonne distance". Il ne s'agit pas seulement de techniques d'approche psychologique mais d'un approfondissement de ce que la relation à l'autre implique de dimension éthique. La relation à l'autre est constitutive de notre humanité mais en même temps elle "ne va pas de soi" et présente des risques. C'est de ces risques dont il faut prévenir les soignants afin qu'ils ne se "brûlent" pas.

La deuxième dimension concerne une réflexion sur le plan de l'organisation du travail. Il est relativement facile de repérer les dysfonctionnements d'une structure hospitalière et les insuffisances de dotations en matériel et en personnel. Si les manques de moyens sont vite chiffrés en terme de budget, le coût de l'épuisement professionnel ne l'est pas. Il est vraisemblable que le burn out a un poids économique important. Il serait hautement souhaitable d'en réaliser une évaluation. Il est source d'une moins grande efficacité, d'une rotation de personnel, d'un nombre important d'arrêts de travail et d'un retentissement sur la santé des soignants dont sont conscients depuis longtemps les médecins du travail.

L'approche organisationnelle du burn out passe par un certain nombre de remises en question du groupe professionnel par lui-même. Parmi l'ensemble des questions, certaines apparaissent comme fondamentales. Il s'agit de la nécessaire reformulation des objectifs et du sens du travail d'une équipe, de la question du soutien des soignants dans leurs tâches et de l'ambiguïté des rôles de chacun mais aussi des aspects ergonomiques et des dotations en matériel et en personnel. L'approche organisationnelle est fondamentale dans l'analyse du burn out dans la définition que nous avons retenue. Toute l'organisation du travail se doit d'être orientée vers l'humain et de permettre aux soignants de s'investir dans cette relation d'aide. Nous avons montré à quel point elle pouvait être complexe et usante. Mais elle est aussi essentielle et source d'une grande richesse. Les pertes de temps et d'énergie physique et psychique occasionnées par les multiples dysfonctionnements institutionnels retentissent inéluctablement sur les soignants et le malade. Dans ce sens le syndrome d'épuisement professionnel concerne tous les professionnels qui travaillent dans nos hôpitaux. Administratifs et personnel de maintenance et d'entretien participent au bien-être des malades, en permettant un fonctionnement harmonieux de l'institution de soins. En réduisant les facteurs de stress liés aux dysfonctionnements organisationnels, ils permettent aux personnes ayant directement en charge le malade de donner le meilleur d'eux-mêmes.

C'est pourquoi la connaissance du burn out ne doit pas être réservée aux seuls soignants. Les directions hospitalières, l'ensemble du corps administratif de l'hôpital doivent aussi connaître ce problème particulier. Certains peuvent le vivre comme nous l'avons décrit par procuration ou par ricochet.

La troisième partie nous a permis de montrer l'étiologie multifactorielle et pluridimensionnelle de l'épuisement professionnel dans le cadre d'un service de réanimation pédiatrique. Le syndrome se situe à l'interface de nombreux champs de réflexion médicaux, psychologiques, éthiques, sociaux, ergonomiques. L'étude de la communication avec les familles, de l'accompagnement de la fin de vie, de la prise en charge de la douleur et du " syndrome de Sisyphe" a montré que des changements dans des habitudes et des comportements ne sont possibles qu'à condition de mener des réflexions sur tous ces plans. Notre expérience nous a conduit à constater combien les dimensions psychologique, médicale et éthique s'interpénétraient et se fécondaient mutuellement dans cette confrontation à un monde médical en changement. Éthique et psychologie sont dans ce domaine étroitement liées. La formulation d'un certain nombre de valeurs éthiques conduit à modifier des abords psychologiques et de ses comportements. Des connaissances psychologiques permettent de comprendre les réactions humaines et d'avoir une communication plus adaptée à l'autre.

Au terme de ce travail, il est licite de se demander sur quelles conceptions solides du burn out on peut s'appuyer et quelles perspectives d'approfondissement elles ouvrent.

Nous avons défini le syndrome d'épuisement professionnel comme l'expression de la pathologie de la relation d'aide. Ce n'est pas tant dans son expression finale du soignant usé avec son cortège de symptômes physiques et psychiques que le syndrome apporte le plus. C'est en tant que processus psychopathologique qu'il est intéressant à étudier. Mais ce ne sont pas seulement des raisons psychologiques qui mènent au burn out. Il n'est pas la description d'un mécanisme psychopathologique particulier, ni l'expression d'un type de personnalité. La particularité réside bien dans la question traitée (Goldenberg [611]) : la relation soignante envers un autre dans sa dimension existentielle. C'est pourquoi si nous considérons le syndrome d'épuisement professionnel des soignants comme d'abord une pathologie de la relation, il faut l'envisager aussi comme un phénomène d'ordre existentiel.

Poser ainsi le burn out amène à faire plusieurs hypothèses.

- Puisque c'est une pathologie liée à la fonction, elle peut atteindre des sujets normaux.
- Il est même possible d'être en burn out sans manifestation symptomatique.

Le conflit intrapsychique lié à la difficulté d'être soi-même face à l'autre peut ne pas se présenter sous la forme "déguisée" d'un symptôme, mais être vécu consciemment et émotionnellement. C'est même un des objectifs de la prévention du burn out que de permettre aux soignants de l'identifier avant d'être dans une maladie somatique ou psychiatrique.

-En mettant l'accent sur la difficulté essentielle des soignants, la relation à l'humain, le syndrome d'épuisement professionnel permet la reconnaissance de la spécificité des professions de santé en particulier mais éclaire aussi d'un jour nouveau toutes les autres professions d'aide.

-Enfin en montrant que la relation à l'autre peut tomber malade et faire souffrir, nous affirmons que rien n'est moins évident que d'aller vers autrui pour l'aider.

Quelles sont les modes de fonctionnement psychique dans la relation d'aide?

Il nous faut pour cela non seulement appréhender une dimension psychologique, mais aussi philosophique, éthique et même religieuse.

Sur le plan psychologique, on peut analyser les motifs qui poussent un individu à s'engager dans ce type de profession. Il faut soulever cette question avec prudence en se démarquant d'une "psychologie du sotipçon". L'approche des modes de fonctionnements psychiques de la relation d'aide peut s'envisager dans plusieurs directions. Sur le plan de l'approfondissement théorique, la psychanalyse est un apport fondamental. Elle est

l'une des premières à avoir étudié en profondeur les difficultés de la relation d'aide. Toutes les autres méthodes psychothérapeutiques, même celles qui se sont le plus éloignées des principes de la psychanalyse, ont bénéficié de l'analyse du problème du transfert et du contre-transfert et des multiples débats sur ces thèmes. Beaucoup des formations à la relation d'aide s'inspirent de l'attitude rapidement résumée sous le terme de "neutralité bienveillante". Ces données pour être utilisées, doivent être adaptées, au risque de proposer aux soignants un idéal impossible. Il est illusoire et dangereux de leur proposer des types d'attitudes qui n'ont de sens que dans le cadre limité d'une psychothérapie ou d'une cure psychanalytique et exigent de longues années de pratique pour être opérationnelles. Pourtant ce sont bien les psychanalystes qui paraissent les mieux armés pour lutter contre le burn out.

Dans la pratique, il est possible de distinguer trois domaines d'approche des modes de fonctionnement psychique de la relation d'aide.

Le premier prend la forme classique des psychothérapies (y compris la psychanalyse). Dans cette approche, il est une demande personnelle formulée. L'adaptation d'une approche de ce type exige pourtant d'intégrer la dimension existentielle et éthique de la problématique posée par le burn out.

Le second type d'approche est celui qui est fait dans les services. C'est une approche psychothérapeutique particulière. Le modèle est celui de la psychiatrie de liaison. Le psychiatre de liaison ne reste pas dans son bureau, il n'attend pas passivement une demande. Nous aimons l'appeler une psychiatrie de couloir. Dans ce type de relation, il est important de respecter des mécanismes de défense de certains soignants qui leur permettent une adaptation positive. Ce type de psychiatrie exige une prudence extrême dans les interprétations qui doivent le plus souvent demeurer dans la psyché du psychiatre. En revanche, ce dernier doit posséder une bonne connaissance de la réalité médicale et technique que vivent les soignants. Enfin ce sont souvent des interventions brèves et/ou uniques. Notre expérience nous a montré qu'elles pouvaient être très efficaces. Ce modèle emprunte beaucoup au concept de la "consultation thérapeutique" décrit par le pédiatre et psychanalyste anglais Donald W. Winnicott.

Le syndrome d'épuisement professionnel relève de la psychiatrie de liaison. le troisième mode d'approche est constitué par les formations. Elles doivent être réalisées par des équipes multidisciplinaires et pas seulement par des spécialistes de la relation d'aide, justement afin d'éviter ce décalage cité plus haut. Ces formations sont des occasions de prises de conscience individuelles dans le cadre d'un groupe. Notre responsabilité est grande en tant que formateur d'apporter des outils en matière de relation d'aide réellement adaptés à la problématique posée.

Dans l'enquête en réanimation pédiatrique, ont été abordées les stratégies d'adaptation. Ce sont des observations intéressantes mais si elles confirment que les sujets qui ont une bonne adaptation au travail l'ont aussi hors travail, elles ne disent pas quel est le *primum movens*.

Une des hypothèses les plus pertinentes soulevée par l'étude du burn out est la problématique de l'équité. C'est dans ces termes qu'il faut peut-être innover dans l'analyse du fonctionnement psychique de la relation d'aide. Rien n'est gratuit. Il n'y a qu'échange. On peut envisager cette approche en terme psychanalytique d'économie psychique ou en terme de renforcement positif ou négatif des conduites dans une perspective comportementale.

Dans cet échange, quels sont les droits et les devoirs de chacun? On parle des droits du malades. Certes il est important de les énoncer. Mais justement n'est-ce pas parce que le soignant oublie que la maladie ne donne pas tous les droits, qu'il doit se préoccuper aussi de lui-même, qu'il arrive qu'il tombe dans un burn out.

Cette dimension psychologique nous conduit nécessairement vers des considérations philosophiques et éthiques.

E. Lévinas [84] pose *"la responsabilité à autrui comme une relation prioritaire. L'autre commande et il m'appelle. je suis responsable d'autrui. je ne puis m'y soustraire. Elle est à sens unique"*. écrit-il. *"L'altérité*

*nous précède l'un et l'autre. Autrui "me regarde".* Des formulations comme celle-ci "le ne puis être inoi que dans l'allégerie à autrui" peut être source de bien des dangers pour le soignant. La position critique de P. Ricoeur [1] semble plus pondérée et mieux poser la réalité humaine et sociale quand il juge pertinente la conception d'injonction (vers l'autre) de Lévinas mais pose de façon conjointe "L'estime de soi, le souci d'autrui et la justice" et met l'accent sur l'importance "de la réciprocité". Il y a là une interface entre psychologie et éthique dans une perspective critique de l'ego à l'alter, de l'égoïsme à l'altruisme.

### **Le burn out : un phénomène existentiel.**

L'approche du phénomène "épuisement professionnel" en réanimation nous conduit à l'envisager dans sa dimension existentielle. Cet aspect renforce la conception de maladie de la relation thérapeutique et permet de comprendre son aspect quasi épidémique et sa contagiosité.

C'est une problématique existentielle, d'une part parce que les soignants sont confrontés à des souffrances existentielles des êtres qu'ils doivent soulager et d'autre part parce qu'ils souffrent eux-même d'une crise d'identité.

Ceci confère au burn out un double statut de symptôme singulier et social. Plusieurs constats s'imposent.

En devenant de plus en plus scientifique et efficace, la médecine renforce l'inacceptation de ses limites et rend encore moins tolérables la maladie et la mort.

La médecine moderne, dans une conception restrictive de technoscience, est tentée d'aller toujours plus loin de réussir encore plus de guérisons, de repousser encore plus les limites des possibles. Le médecin réussit souvent mais pas toujours. La mort est toujours là. Les progrès font oublier que la vie est vie et mort. Il est ainsi demandé à la médecine de répondre à des questions auxquelles elle ne peut donner de réponse. Les soignants sont emportés dans cette illusion mégalomane et "invités" à tenir un rôle de toute puissance que la société "civile" leur demande de jouer.

Les hôpitaux sont devenus des ghettos pour la souffrance, la maladie et la mort. On entend souvent dans les services, les soignants affirmer "que l'état des malades pris en charge est de plus en plus grave". Cela semble vrai. C'est la double rançon de l'efficacité et du développement des soins ambulatoires pour des raisons économiques et de confort. Seuls sont hospitalisés les malades les plus graves ou ceux qui ne peuvent se soigner pour des raisons psycho-socio-économiques. Ce sont tous des patients difficiles et moins gratifiant en terme de réussite médicale ou humaine. Ceci augmente la charge de travail et tend à réduire les satisfactions pour les soignants.

Mais l'hôpital est devenu un ghetto pour les souffrances de l'existence car notre société s'est dangereusement cloisonnée. Dans une interprétation anthropomorphe, on peut dire qu'"elle" se décharge de ces drames sur les" soignants. Or ce sont les drames normaux de l'existence humaine. Les soignants sont les seuls à être confrontés à ces souffrances lors de leur travail et doivent dès la porte du service franchie adopter l'apparente insouciance de la vie civile.

Ils doivent affronter ces drames et vivre dans une société qui à force de vouloir se protéger a fini par rejeter la mort et les accidents de la vie dans les lieux spécialisés. Les soignants sont dans leur solitude pour affronter ces deux tabous, le tabou de la mort et celui de l'accident". Leur épuisement émotionnel est une des manifestations de cette impossible mission que subrepticement la société leur a confiée.

Nous avons longuement abordé le problème de la mort et montré combien le tabou de la mort était présent et source de difficultés pour les soignants. Mais il en est un autre que nous avons découvert en réanimation que nous avons appelé l'accident".

Accidit signifie en latin "il arrive", il est une des étymologies d'accident, d'accidentel. Les soignants sont en permanence confrontés à l'"accidit" d'autrui. Autant de vies autant d'accidents, qu'ils écoutent, partagent sans

être vraiment préparés à cela. Comment vivre serein en partageant un quotidien où il est clair que tout peut arriver.

Ceci est d'autant plus difficile qu'il existe une crise profonde d'identité des soignants. Le burn out en est aussi le témoin. Nous avons vu en seconde partie dans les enquêtes, l'importance de la demande de reconnaissance et de soutien.

On peut envisager la crise identitaire et le burn out comme l'équivalent d'un syndrome post-vocation. Les vocations certains le regrettent, ne sont plus. Une de nos hypothèses est que la vocation, dans sa double dimension sociale et religieuse, possédait un fort pouvoir défensif vis-à-vis de l'épuisement émotionnel. La vocation de médecin, d'infirmière fait partie de l'imagerie populaire. C'était des soignants totalement dévoués à leurs malades, auxquels ils sacrifiaient toute vie personnelle. Solides et compatissants, capables de comprendre et de soutenir toute détresse humaine jusqu'à en être presque inhumains tant ils frôlaient la sainteté, ces personnages ont quasiment disparu bien que chacun d'entre nous en connaissent encore. Comme le dit une des infirmières : "Le sacerdoce, oninet l'habit et on flotte". Nous ne sommes plus dans des conditions sociales de soignants; à vocation. Les valorisations ont changé. En disparaissant, la vocation a laissé les soignants nus sans protection et sans les bénéfices secondaires qu'elle apportait ne serait-ce qu'en terme d'admiration et de reconnaissance.

### **Le syndrome d'épuisement professionnel et la question éthique.**

L'étude du burn out en réanimation nous a conduit à rencontrer la question éthique à plusieurs niveaux. Le travail collectif et pluridisciplinaire mené en réanimation, a nécessité de forcer des a priori de pensées et des habitudes de comportements. Les grands thèmes abordés sont des sujets placés sous le signe des limites de la médecine technique et des désespoirs thérapeutiques la mort, la communication avec les familles, "le syndrome de Sisyphe".

A partir du moment où une communication a pu s'établir entre les soignants à propos de leur malaise personnel, sans honte d'être jugés par autrui, alors il a été possible de constater que plusieurs personnes partageaient des soucis communs sans oser ou pouvoir le dire.

**Au niveau individuel**, le syndrome d'épuisement professionnel pose le problème de l'éthique de la relation d'aide. Comment être vis-à-vis d'autrui? Quelle distance établir pour apporter l'aide tout en étant respectueux de la personne et ne pas se consumer soi-même? Jusqu'où donner de soi-même? Dans quel esprit d'équité? Le syndrome d'épuisement professionnel pose la question de la Responsabilité, de la justice et finalement de l'Amour. Il appelle nécessairement des réflexions psychologiques et philosophiques.

**Sur un plan collectif**, en mettant en évidence des dysfonctionnements dans le travail, le burn out a conduit à soulever des questions éthiques fondamentales.

Avec le problème de la communication avec les familles des enfants, est apparu la question de la vérité au patient et à sa famille. Le paternalisme n'est plus compatible avec l'évolution de la médecine et des consciences. Les malades, la science médicale ont changé. Le modèle nord-américain de la transparence absolue n'est pas la seule alternative. En effet non seulement il est actuellement incompatible avec notre culture, mais encore il présente des limites si l'on veut rester dans un principe moral de bienfaisance. Comme nous l'avons montré dans les exemples de transmissions de nouvelles aux parents, il n'est pas respectueux de l'affectivité de l'autre. Il faut inventer un paternalisme tempéré selon l'expression d'A. Fagot-Largeault [139]. Ce paternalisme tempéré n'est pas la voie de la tranquillité. Il ne peut se manifester par des attitudes stéréotypées. Il faut les adapter et penser en fonction de chaque interlocuteur. C'est bien une éthique active et réflexive que nous posons.

C'est une éthique à penser par les soignants eux-mêmes. "Il n'y a pas d'éthique en général" écrit A. Badiou [9]. "Il faut rejeter le dispositif idéologique de l'éthique qui risque d'identifier l'homme à un simple universel

mortel qui est le symptôme d'un inquiétant conservatisme qui par sa généralité abstraite et statistique interdit de penser la singularité de situations"

Il est indispensable que les soignants eux-même s'engagent et participent à l'élaboration de l'éthique médicale. Nous n'avons pas le droit d'esquiver la question.

L'accompagnement de la mort de l'enfant a nécessité de nombreux détours de pensées pour pouvoir élaborer une conduite en accord avec un principe de bienfaisance. Chacun a pu partager ce qu'E. Morin écrit quand il montre que la conscience de la mort est à l'origine du traumatisme de la mort. Il a fallu réinventer des dispositifs pour surmonter ces traumatismes. Nos ancêtres inventèrent la magie, la sorcellerie, la religion. Nous avons cru que la technique médicale permettait de "se substituer aux rituels sacrés" (Baudoin, Blondeau [11]). Il a fallu réinventer des rituels profanes ni médicaux/ ni religieux pour redonner une dignité aux fins de vie des enfants et permettre aux parents de vivre cet instant au mieux de leurs souhaits. Il n'est pas de phrase plus violente pour une équipe que d'entendre des parents dire douloureusement "qu'on leur avait volé la mort de leur enfant" . Enfin le travail autour de la mort révèle combien la science elle-même ne peut proposer de repère éthique et à quel point notre société a permis une déshumanisation et une dépersonnalisation de la mort. Pour aborder le burn out des soignants, il a fallu tenter de donner un sens à cet impensable qu'est la mort et comprendre le sens de l'effort des philosophes d'appriivoiser la mort. Car contrairement à Montaigne (Essai livre II, Chap.VI), il ne suffit pas "pour appriivoiser la mort... de s'en avoisiner" ainsi qu'il l'écrit après son accident de cheval. Les soignants l'avoisinent et ne l'appriivoisent pas. Alors comment être là tout simplement dans un Dasein heideggerien ? C'est un idéal que posent les spécialistes de l'accompagnement et des soins palliatifs, mais c'est bien difficile.

"La mort apparaît toujours comme une violence, la vie est toujours trop brève, celle de l'enfant encore plus. C'est une plainte universelle à laquelle Sénèque fait écho tout en la critiquant dans le célèbre traité De la brièveté de la vie en rappelant que " *l'homme vulgaire comme le sage s'accordent à penser que tous sont abandonnés au moment où ils se préparent à mourir* ". F.Dastur [140]. Notre société thanatophobe a mis la mort de côté, n'en parle pas, ne la nomme pas. Les soignants sont aussi démunis de culture religieuse que philosophique pour affronter ces problèmes existentiels; ils sont seulement armés de leur bon sens, leur bonne volonté ou leur foi. Il est des fois puissantes et des bons sens solides, mais cela ne suffit pas devant la répétition des décès et les situations complexes que génère la médecine moderne. C'est pourquoi il faut penser ces problèmes, oser nommer la mort et réintroduire des rituels, phénomènes transitionnels qui permettent d'approcher la mort et de favoriser le deuil.

C'est un travail d'équipe qui permet de limiter l'épuisement émotionnel. Penser ces problèmes de l'existence n'est plus un luxe mais une nécessité.

Avec "le syndrome de Sisyphe", nous avons posé les questions du sens et de l'absurde en référence à l'oeuvre de Camus quand certaines situations médicales conduisent à des non-sens, ou à des situations sans réponse faisant naître une dépression larvée devant des désespoirs thérapeutiques. Comment faire quand nous sommes confrontés à la question où est le bien. Le "je ne sais pas" ouvre la question éthique. Or souvent ces situations médicales sans réponses évidentes vont traîner, laissant les infirmiers (ères) dans une grande solitude. Ce sont eux qui vont assumer les limites de la médecine. Nous n'avons pas le droit de les laisser seuls. C'est un autre leçon que nous avons apprise avec l'étude du burn out. Oser formuler des "je ne sais pas" au lieu de les fuir.. L'éthique naît de ces questionnements.

En conclusion, faut-il garder le burn out malgré son apparente faiblesse épistémologique ? A quoi peut donc servir ce concept populaire ? Ne faudrait-il pas mieux le déconstruire.

Il n'y a pas de symptômes spécifiques physiques ou psychiques . On peut même être dans le burn out sans symptôme ?

Ce n'est pas une nouvelle catégorie diagnostique

C'est un phénomène psychologique qui passe du normal au pathologique. Les auteurs américains nous ont donné une définition et une échelle d'évaluation mais en mêlant extériorité et intériorité. Sommes-nous dans

une approche comportementaliste en extériorité ou dans une analyse de l'intérieur ? Voilà une approche en extériorité qui ne prend sa valeur que quand on en donne une lecture psychodynamique.

Les signes sont psychologiques mais les raisons d'être dans l'épuisement professionnel ne sont pas dues à des causes psychologiques. Le phénomène est caractérisé par la question traitée la relation d'aide et les souffrances de l'existence.

Les listes de facteurs ressemblent à un inventaire à la Prévert ou un Potpourri dans lequel coexistent des horaires de travail difficiles, l'insuffisance en personnel et des manifestations d'une crise d'identité profonde ou des questions d'éthique sur la sens de la vie avec la souffrance.

Ne faudrait-il pas abandonner ?

Pourtant c'est justement parce qu'il se situe en permanence dans un d'entre-deux qu'il est pertinent et précieux.

"Burnout" je ne suis pas un malade qu'on montre du doigt même si je suis à risque de le devenir . Le burn out préserve la normalité de la personne sans la suspecter un trouble de personnalité. Il est respectueux de l'être. Il est déontologiquement correct. Il est une manière discrète, élégante et éthique de parler de soi.

On peut craquer parce que confronté à des situations d'exception. Le burn out permet de reconnaître que le monde médical devient un monde d'exception. Assumer plusieurs décès par semaine, poser des décisions d'arrêts thérapeutiques, être tout simplement confrontés à des accidents de vie, participer aux progrès de la médecine et en vivre les échecs est lourd de conséquences. Le burn out révèle un malaise existentiel singulier et social. En le posant ainsi il Pose la question du sens de la vie.

Il décrit un phénomène psychologique particulier en décrivant la pathologie de la relation d'aide mais il permet de reconnaître la spécificité de la fonction. Expression d'une crise d'identité, il permet de signifier au soignant que le sens de son action, c'est l'autre , l'humain. Ce n'est pas seulement dans la technique que réside la valeur de l'acte. C'est aussi dans la relation. Le syndrome d'épuisement professionnel permet d'induire une réflexion sur le fonctionnement psychique de la relation d'aide et déconstruit le mythe du don gratuit de soi pour poser le problème en terme de justice et d'équité. Il permet d'affirmer qu'aller vers l'autre ne va pas de soi.

Il met aussi en valeur un paradoxe actuel. Notre médecine tremble devant l'économique et l'équilibre budgétaire. Et voici un état dont les conséquences coûtent vraisemblablement très cher et qui pose le problème de l'importance de l'acte de relation. N'est-il pas paradoxal de constater qu'au moment où une politique de santé semble s'orienter vers une approche comptable, le syndrome d'épuisement professionnel nous ramène au problème de la relation à autrui et à la complexité de la relation d'aide ?

Ainsi, parti d'une analyse sociale en extériorité, rejoignant des préoccupations économiques en termes de coût, d'absentéisme, d'inefficacité au travail, le Burn Out syndrome nous ramène au cœur de la fonction soignante, la relation d'aide. C'est la relation à l'autre qui fait la grandeur et la difficulté de la profession de soignant.

Certes le syndrome d'épuisement professionnel est un "entre deux" mais c'est justement grâce à cela qu'il est si utile.

Il est au coeur de la vie dans cet entre-deux qu'elle est entre monde intérieur et monde extérieur, entre je et tu, entre le normal et le pathologique, entre le psychologique et l'éthique, entre la naissance et la mort. Dans cette confrontation avec l'autre en souffrance, au sein de tant de situations complexes et angoissées, aux portes de la mort, voilà un syndrome qui force à découvrir des sens insoupçonnés et de peut-être faire d'un malaise une crise structurante.