

Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant.

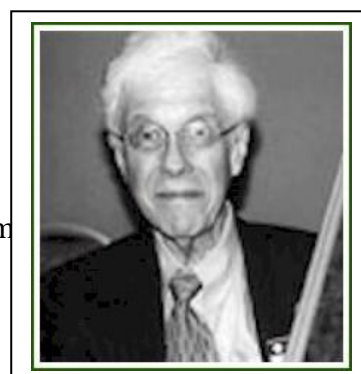
Par le Dr Michel DELBROUCK¹

**Conférence-extraits du livre :
DELBROUCK M. (éd), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel, 2003, de Boeck.***

Maladie de Sachs » P.O.L. 1998 « La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables. D'autres décident d'un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en crever. »

Quand le médecin est malade, il ... sous-estime ses symptômes, maximise son traitement, ne s'autorise pas de temps de récupération, consulte dans le corridor, fait de l'auto-diagnostic et de l'auto-traitement, dénie et rationalise.

Il s'agit d'un concept neuf qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique et qui peut mener à la dépression. Maladie de la relation d'aide spécifique, il englobe et dépasse le stress. On y trouve une perte du sens du travail
Freudenberger, dans les années 80, met en évidence ce syndrome qu'il appelle burn-out syndrome, comme d'une maison qui brûle et se consume de l'intérieur. Ce syndrome comprend un trépied de symptômes :



- 1. Epuisement émotionnel 50 %**
- 2. Déshumanisation de la relation à l'Autre 16%**
- 3. Sentiment d'échec professionnel**

Cinquante pour-cents des médecins se trouveraient au premier stade d'épuisement émotionnel alors que seize pour-cents éprouveraient de la déshumanisation dans leur relation à leurs patients et peu éprouveraient ce sentiment d'échec professionnel. Les statistiques monteraient que heureusement, seuls deux pour cents de la population médicale présenteraient le syndrome de burn-out au complet.

Nous allons décrire ces trois symptômes .

1. Enthousiasme idéaliste
2. Sur-identification avec la clientèle
3. Dépense d'énergie excessive et inefficace
4. Stagnation (ennui, cynisme, déconcentration, irritabilité)
5. Frustration (interrogation sur efficacité, pertinence, valeur du travail)
6. Apathie (frustration, travail un minimum, évite les défis, les clients, se protège de tout)

¹ DELBROUCK Michel, Président de la Société Balint Belge, Rue de la Flanière 44, Charleroi, 6043, Belgique

Étapes du développement du burn out Les étapes classiques du syndrome d'épuisement professionnel sont les suivantes. L'histoire commence par un enthousiasme idéaliste et ensuite une sur-identification aux clients. Le médecin dépense une énergie excessive et inefficace. Par la suite, de la stagnation avec des sentiments d'ennui et de distraction apparaissent. Enfin, frustration et apathie sont présentes. Il se pose des questions à propos de son efficacité de la pertinence de son travail et sur son propre système de valeurs. Il travaille un minimum, se sent frustré, évite les conflits et les clients. Il essaye de se protéger lui-même contre tout et tout le monde.

Pour Canoui P. & Maurange² A. il paraît alors légitime d'étendre le syndrome d'épuisement professionnel au-delà des professions de santé, chaque fois qu'il existe une relation d'aide ou de soutien envers une personne et chaque fois que de la qualité de cette relation dépend la qualité de l'aide et son efficacité. »

1. L'épuisement émotionnel

Ce premier symptôme du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se marque par divers effets. Le soignant présente des crises d'énervement et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des difficultés à se concentrer. Il oublie de répondre à des demandes même anodines et se retrouve dans l'incapacité à exprimer toute émotion. En effet, il ne peut exprimer aucune faiblesse, ni aucune émotion. Des comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient.

2. La déshumanisation de la relation à l'autre

Cette déshumanisation de la relation médicale représente le noyau dur du syndrome. Le médecin se détache de son patient. Une sécheresse relationnelle et un cynisme lui font considérer son malade comme un objet, un cas, un dossier. Un humour grinçant et noir apparaît au sein de la consultation. Le médecin décrit de manière scientifique le corps de la personne qu'il a en traitement et ne voit plus l'humain souffrant qu'il a en face de lui.

3. Le sentiment d'échec professionnel

Le sentiment d'échec professionnel apparaît plus tardivement. Cette impression de ne plus être efficace et de ne plus faire du bon travail frustre le médecin par rapport au sens qu'il donnait à son métier. Il commence à douter de lui et de ses capacités. Le médecin se dévalorise à ses yeux et aux yeux de son entourage, se culpabilise et se démotive pour son travail. A ce stade, le risque de développer conjointement une dépression est majeur.

Pour l'Association médicale Canadienne³, les six principales causes de mal être du médecin sont son volume de travail, son manque de sommeil, ses sollicitations pour l'enseignement et la recherche, son risque de poursuite en justice, l'augmentation des attentes du public, et la confrontation à son impuissance et à la mort. Il est clair pour ma part que c'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait que nous ne pourrions pas guérir tous nos patients que nous nous protégerons au mieux du burn-out. Nous avons à accepter notre imperfection.

1. Volume de travail
2. Manque de sommeil
3. Sollicitations pour l'enseignement et la recherche
4. Le risque de poursuite en justice
5. L'augmentation des attentes du public
6. Confrontation à son impuissance et à la mort

² Canoui P. & Maurange A. , (1998)

³ •The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being.

Facteurs responsables du burn-out spécifique du soignant :

Quatre failles possibles me semblent pouvoir expliquer les causes du burn-out spécifique du soignant. Quatre failles possibles du soignant où son cristal⁴ peut se briser. A celles-ci viendraient, pour moi, s'ajouter les autres causes décrites par mes collègues dans leurs articles.

1. *L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle*
2. *La spécificité du métier de soignant*
3. *La question du choix de la profession de soignant*
4. *L'isolement physique et psychoaffectif du soignant*

1. L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle
2. La spécificité du métier de soignant
3. La question du choix de la profession de soignant
4. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant

1. L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle

Tous les soignants et particulièrement les psychothérapeutes⁵ sont amenés à être confrontés aux aspects cachés, sombres de l'âme humaine. Au fil des jours, ils accompagnent parfois des personnalités à peine sinon pas structurées du tout. Les besoins et les demandes de ces patients sont fortes, parfois exigeantes. Cependant, la totalité des soignants est amenée au contact de ces mêmes phénomènes que je vais décrire, mais avec des nuances et des intensités diverses.

Ce métier spécifique de soignant demande une grande disponibilité de cœur, de la tolérance, de l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre comme l'enfant en très bas âge, pourrait le demander à sa mère. La diversité des demandes de même que la diversité du type de demande sont particulièrement exigeantes pour les soignants. En plus des demandes cachées, inconscientes de l'"infans"⁶ du patient en face de nous, il y a les demandes claires dès le départ qui se transforment au fil du temps de la relation thérapeutique. Beaucoup de ces demandes se font à travers le fil du transfert⁷.

2. La spécificité du métier de soignant

Ce professionnel reste doublement impliqué : d'une part par le vécu de l'Autre souffrant et d'autre part, par identification projective⁸, il est impliqué dans son propre vécu d'être humain. (Et si j'avais la même maladie, et si je mourais, et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents, à mon conjoint ... ?).

Une autre spécificité du soignant réside dans le fait de la diversité des problématiques amenées par les patients. Chacun de nous est amené à régler un certain nombre de problématiques personnelles dues à sa propre ontogenèse⁹ et à sa propre phylogenèse¹⁰. Nous tentons de trouver un équilibre psychique et physique en relation avec ces « problématiques ».

⁴ Cristal : selon FREUD, le noyau de chaque individu représenté par un cristal, est susceptible de se briser selon certains axes ou failles propres à chacun.

⁵ Psy.. : ce terme reprend ici comprend tous les soignants qui s'occupent de l'aspect psychologique du patient et de la relation soignant-soigné.

⁶ Infans : cfr supra, terme de Michael BALINT.

⁷ Transfert : ensemble des réactions inconscientes que développe le patient à l'égard de son soignant. Cfr. détails chapitre I, III, syndromes associés au burn-out page 22

⁸ Identification projective : mécanisme de défense consistant à identifier inconsciemment un affect ou un comportement et de le projeter toujours inconsciemment chez l'autre en le « manipulant » de telle sorte qu'il adopte celui-ci et vérifie ainsi sa thèse de départ.

⁹ Ontogenèse : ce qui dépend de notre histoire personnelle

¹⁰ Phylogenèse : ce qui appartient à notre histoire familiale et collective.

Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontré s'il avait choisi une autre profession.

De plus, la question de la mort¹¹, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, de l'inégalité, des pulsions interdites, tabouïques refoulées (inceste, viol, suicides, meurtres, perversions, sexualité, interruption de grossesse, malformations génétiques, manipulations génétiques, euthanasie passive ou active, pulsions de meurtre, toxicomanies...) deviennent répétitives et prégnantes au fil des jours et des consultations. La répétition de ces impacts et la multitude de ces microtraumatismes émotionnels consomment ce soignant au plus profond de lui-même, surtout s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues.

3. La question du choix de la profession de soignant

La question même du choix de la profession représente un autre facteur de fragilité ou de faille possible. Le candidat soignant a été souvent confronté assez jeune avec la question de la maladie et des soins à y apporter. Soit qu'il y a été lui-même, par le passé, confronté dans sa propre chair, soit dans celle d'un membre de son entourage ou de son voisinage. Soit qu'il a voulu résoudre de par lui-même ses propres questionnements psychiques ou physiques par rapport à la santé. Sa personnalité et ses choix professionnels sont donc à la fois une faille possible qui le rendent particulièrement sensible à ces questions chez les autres et à la fois une force car il est très sensibilisé beaucoup plus que son voisin à ces mêmes questions notamment par le souci du mode de réponse y apportées.

La plupart des soignants présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients. Ils pêchent la majorité du temps par excès¹², sont de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent. Ils s'oublient au profit de leur patient et souvent à leur propre détriment et à ceux de leur famille et amis. Tenter de résoudre, de réparer ce qui m'a fait souffrir dans ma propre chair, mon propre esprit ou celle ou celui d'être que j'ai côtoyé et aimé peut m'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que moi soignant, je ne tombe dans une telle compulsion de répétition à vouloir sauver le monde et à m'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel.

Je ne puis omettre de parler des motivations perverses qui pourraient avoir amené certains individus à choisir ces professions. Nous trouvons hélas dans les médias, des traces de ce genre de pathologie (Narcissisme exacerbé, besoin de toute puissance, appât du gain, refoulement de pulsions sadiques, meurtres de patients en série, expérimentations douteuses, médecins de camp de concentrations, etc..)

4. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant

Cependant, même si d'autres professionnels, comme je le disais plus haut, subissent de pareils traumatismes, le soignant de par sa position dans la société et la spécificité du dialogue singulier avec son patient le placent dans une situation particulière, à la fois privilégiée et en même temps dans une contrainte liée au secret médical. Il est sensé ne partager avec personne les confidences qu'est venu lui déposer son patient. C'est particulièrement aigu pour les soignants qui travaillent en solo, sans possibilité de secret partagé ou pour les psychothérapeutes et les psychanalystes. Dans certains cas, la lourdeur des secrets à porter au fil des jours et leurs impacts affectifs chez le soignant l'usent à petit feu même si des lieux de supervision privilégiés existent. Dans mon expérience personnelle, ces lieux de supervision pour les médecins organiciens existent en trop petit nombre et ils sont trop peu fréquentés. Il n'en est heureusement pas de même pour les psychothérapeutes et les psychanalystes. Tant chez les médecins Egyptiens que chez les Aztèques, le médecin est prêtre, même sorcier, marabout chez les Africains. Le médecin touche à l'indicible (à la mort, aux questions de vie

¹¹ Lire les articles des Drs LEBRUN et DE CAEVEL, où ces questions de vie ou de mort sont développées au chapitre III, I, page 128 & 138

¹² Ce que Michael BALINT va appeler la « fonction apostolique » du soignant.

dans l'au-delà, ...), il voit et touche physiquement des zones socialement interdites hors contexte d'intimité. (le corps dévoilé, le corps sexué, les organes génitaux, les organes vitaux et ceux qui donnent la vie). Le patient projette consciemment et le plus souvent inconsciemment sur lui, des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort, ce qui l'isole encore plus. L'humilité reste le seul remède à ce phénomène. Le fait même d'avoir été contenant des souffrances de l'Autre le place à une distance¹³ telle qu'il lui devient impossible de maintenir avec ses patients des relations autres que professionnelles. La question de la juste distance et des aspects contre-transférentiels au sein de toute relation thérapeutique ou non se pose d'emblée. Ces aspects se doivent d'être explorés¹⁴, analysés et recadrés. Cette solitude intérieure, ce poids des responsabilités difficile à partager et cette indispensable distance thérapeutique rétrécissent et limitent le réseau relationnel du soignant. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant restent un facteur de stress et bien des efforts sont actuellement mis en place pour y remédier. (groupes de formation continue ou d'évaluation de la pratique médicale, groupes de supervision de cas cliniques, groupes Balint.) Le Dr J.P. LEBRUN¹⁵ nous dit bien que le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité »

1. La responsabilité

- 2. La quête de sens face à l'absurde
- 3. La finitude
- 4. La solitude, l'isolement
- 5. La limitation, imperfection

•Soigner le burn out impliqueraient des :

•Changements personnels intérieurs •
dont l'abord de dimensions :

Introspective•Philosophique, mythique•Communautaire•Politique•Ethique•

Changements dans la pratique quotidienne•

Organiser sa vie intérieure•S'ajuster avec la vie extérieure

Soigner le burn-out impliquerait d' :

1. Agir sur l'individu

(approche psychiatrique, psychanalytique, faille, trauma, ...)

2. Agir sur les systèmes

(approche systémique, sociologique, environnementale, facteurs de stress, ...)

3. Agir sur l'idéal professionnel

(approche non culpabilisante, sur le type de personnalité, hardiness personality, ...)

Agir sur l'idéal professionnel du soignant une espèce d'idéalisme Il attend trop de sa profession qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel de la reconnaissance de l'amour Il devient un individu à haut risque. le « burn-in » est le lit du « burn-out »

selon P. Janne, C. Reynaert, Y. Libert, & all.

- Les médecins, quant à eux souffrent différemment :
- ils souffrent muettement,
- sans le savoir.
- Les médecins souffrent en silence et ne le savent pas;

¹³ La fameuse distance thérapeutique qui lui permet d'avoir suffisamment de recul pour traiter avec toute sa conscience, sa compétence et son intelligence claire, son patient, sans se confondre dans une empathie ou plutôt une sympathie qui le rendrait inefficace.

¹⁴ Ces aspects sont abordés au sein des groupes Balint.

¹⁵ LEBRUN J.-P., La maladie médicale.

- En guise de défense, ils ont la maîtrise sur le techno scientifique.
- La structure du discours techno-scientifique ignore la mort.
- Le médecin ne peut de ce fait penser l'impasse dans laquelle il se trouve
- du fait même qu'il est dans une logique sans limites.
- Et s'il veut réintroduire une limite, il devra soutenir le paradoxe de décider lui-même de la limite, autrement dit soutenir une transgression •

Les infirmiers savent que s'ils parlent, un soulagement adviendra.

- Les médecins, craignent les groupes de paroles parce que la parole risque de réveiller leur souffrance cachée et ignorée d'eux-mêmes
- La parole est l'unique moyen de laisser sa place à cette discordance entre l'impossibilité et l'impuissance.
- La parole vraie pourra énoncer la dimension de l'impossible.
- Le contact avec le corps du patient tend à disparaître.
- Soutenir une parole singulière ou d'aider les soignants à la porter.
- Supporter d'être celui qui est supposé savoir par le patient, et cela, le temps nécessaire à ce que ce patient fasse son propre chemin et se rende compte que : le savoir qu'il supposait à l'autre n'était autre qu'un savoir qui était déjà inscrit en lui.
- Trouver un équilibre conflictuel en soi qui ne soit pas le dépassement
- Laisser de la place au « ventre » et pas seulement au processus cognitif
- Dépasser le grand fantasme occidental de croire possible de dépasser la mort ou de la changer Pour le soignant, accepter la finitude pourrait être un facteur anti-burn out qui le libérerait de cette contrainte morale sociétaire de toute puissance de guérir ce qui est inguérissable