

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.



LE BURN OUT

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, impatientes 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 répéter 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 stresser, 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 stresser 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, ambiguïtés 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.



LE BURN OUT

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.