

Le burn out



.....

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

.....

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

● Emergence d'un concept

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

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

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

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

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

● Caractéristiques du burn out

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

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

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

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

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

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

Article paru dans
la revue Patient
care de juillet
2003.

Mots clés : santé mentale,
relation soignant-soigné.

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

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

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

● Evolution du burn out

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

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

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

● Burn out et stress professionnel

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

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

● Facteurs favorisants

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

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

● Symptômes du burn out

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

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

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

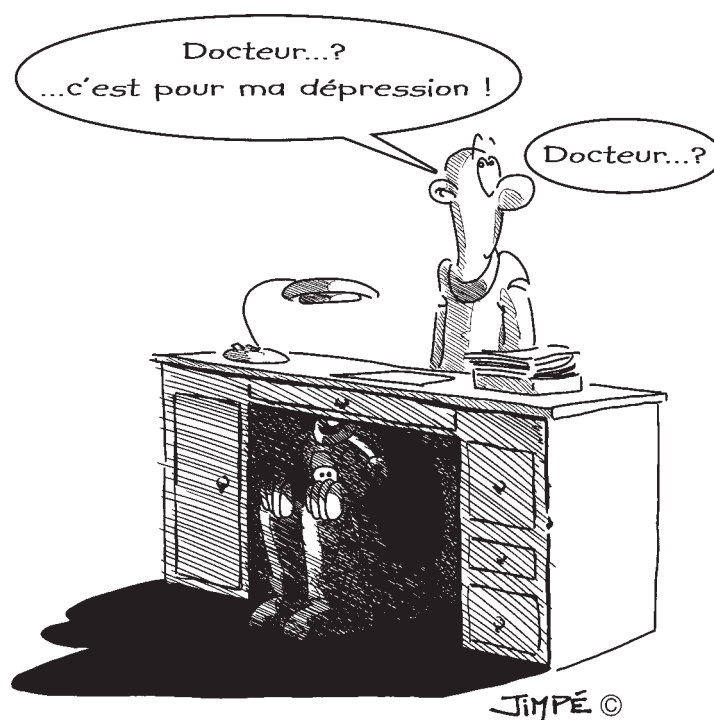
Des attentes irréalistes sont probablement à mettre en cause dans l'émergence d'un burn out chez le généraliste. La difficulté à changer de métier joue également un rôle. La psychothérapie peut être utile.

● Théories à propos du burn out

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

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

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



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

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

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

● Prise en charge

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

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