

Le concept de *BURN-OUT* : Psychopathologie et Clinique

Professeur J.G. ROHMER
CHRU Strasbourg

« *Quand je suis sortie de l'école, j'étais enthousiaste : je pensais à tout ce que j'allais pouvoir faire pour aider tous ces gens... Et puis progressivement je me suis rendue compte que ça ne servait à rien. Quand les gens vont mieux, ils se moquent bien de ce que tu as pu faire pour eux... et puis il y a tous ceux qui ne s'en sortiront jamais... au début, ça m'a révolté, maintenant, je suis blindée. Je continue à faire mon métier, mais je travaille comme une automate : je fais les gestes nécessaires, mais à l'intérieur c'est vide... Je n'y crois plus... j'attends les jours de congés. Je vis ailleurs... »*

Définitions du burn-out

- le burn-out n'est pas la fatigue au travail
- Le burn-out évoque l'idée de combustion totale.
- En français, on parle d'épuisement professionnel, voire de sujet « cramé ».

Les composantes du burn-out

Le B.O. comprend :

- Un épuisement professionnel,
- Un épuisement émotionnel,
- Le développement des attitudes négatives à l'égard des publics cotoyés,
- Une perte de l'estime de soi.

Les dérives du concept

- Le B.O. fait parler de lui.
- Comme tout concept psychologique, il est populaire.
- Comme tout concept psychologique, les médias l'ont transformé, élargi, dilué et perverti.
- C'est devenu un mot sans relation avec le concept originel.

Fatigue et travail : un concept ancien

- Les travaux du Dr. TISSOT au XVIIIème siècle sur les pathologie mentales d'origine professionnelle.
- 1957 : apparition du concept de dépression d'épuisement.
- Années 60 : développement du concept de B.O.



Recentrage clinique sur les professions d'aide

Conceptualisation du B.O.

- Gestion de la relation thérapeutique.
- On parle beaucoup des effets de la relation thérapeutique sur le patient et rarement sur le soignant.
- Stress des professions d'aide.
- Les études faites sur le milieu médical sont alarmantes (toxicomanie, alcoolisme, suicide, etc...)
- L'espérance de vie d'une femme médecin aux Etats Unis est inférieure de 10 ans à celle de la population générale.

B.O. ... spécificité du concept ?

- « Si on agrandi le filet on attrape plus de poissons mais des espèces les plus diverses. »
- Il y a nécessité concernant les rapports entre le stress et le travail, à limiter le champ du B.O. aux risques de se noyer :
- « le burn-out est un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitude négative au travail avec perte d'intérêt et de sentiments pour les patients. »

B.O. et épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel =

- Sentiment de vide, fatigue, absence d'émotions,
- Découragement, sentiment d'abandon ou d'impuissance,
- Apathie, passivité,
- Froideur, dureté, maîtrise absolue des affects.
- Possibilité de réactions violentes et explosives.

Evolution de l'épuisement émotionnel

- Lutte par l'hyperactivité stérile.
- Surinvestissement et diminution du rendement.
- Dénégation farouche des troubles.
- Fuite des situations anxiogènes et notamment refus du contact avec le patient.

Le syndrome de dépersonnalisation

- Ce n'est pas une dépersonnalisation au sens psychotique du terme.
- Il s'agit de désinvestissement :
 - du soin, du patient
 - avec froideur, désintérêt, distanciation du malade et mise en avant de la maladie
 - relation médecin-malade parasité par le cynisme, l'agressivité.

Le syndrome de dépersonnalisation (suite)

- Conduite de mise à distance avec oubli de rendez-vous, multiplication des pauses, bureaucratisation.
- Généralisation de l'attitude négative avec :
 - résistance à tout changement,
 - critique constante des institutions et des pairs.
- Enfin, surinvestissement dans l'isolement du travail avec sentiment d'omnipotence paranoïaque.

Dimension du déni et B.O.

- La dimension de déni est une lutte contre la dépression.
- Le sujet résiste à accepter l'aide car il ne veut pas reconnaître les problèmes.

Diminution de l'accomplissement personnel

- Il y a en général perte de motivation, désinvestissement progressif.
- Se manifestent aussi des sentiments d'échec, de culpabilité, d'angoisse et d'inutilité.
- A ce stade apparaissent l'absentéisme, les changements d'orientation professionnelle, les demandes itératives de formation et tous les moyens d'évitement du contact avec le patient.

Développement et dynamique de l'épuisement professionnel

- Epuisement professionnel = processus insidieux avec différentes phases.
- « Le burn-out peut être quelque chose de temporaire comme un rhume, de plus sérieux comme une bronchopneumonie ou de terminal comme un cancer du poumon. »

Modèle d'Edelwich et Brodsky

- C'est un désillusionnement progressif en 4 étapes :
 - **Enthousiasme idéaliste** avec hyperénergie et attente irréaliste,
 - **Suridentification** avec les patients et dépense d'énergie inefficace.
 - **Période de stagnation** avec réapparition d'un questionnement sur la satisfaction des besoins personnels.
 - **Interrogations** sur l'efficacité du travail et la pertinence de sa valeur.
 - **Etape d'apathie** avec frustration chronique, évitement des patients : phase de déshumanisation et apparition de symptômes dépressifs.

Evolution à long terme du B.O.

- Le B.O. persiste largement plus de 6 mois.
- Le B.O. est contagieux.
- Une équipe hospitalière entière peut être « infectée » autour d'un individu en B.O.

Effets de l'épuisement professionnel

- Sensibilité des victimes du B.O. à toute forme de maladie psychosomatique et psychofonctionnelle.
- Abus médicamenteux, toxiques et alcoolisés.

Conséquences psychologiques et relationnelles du B.O.

- Irritabilité, angoisse,
- Réactions paranoïaques de méfiance et de susceptibilité,
- Troubles asthéniques, troubles de la concentration et de la mémoire,
- Refus de communication et isolement familial,
- Sentiment d'incompréhension de la part de l'entourage avec multiplication des conflits,
- Développement de la suspicion et de la condescendance.

Conséquences organisationnelles

- Absentéisme, turnover,
- Augmentation du nombre d'accidents du travail, évitement des contact avec les patients,
- Conduite iatrogène = sujet tabou mais important = « fracture déontologique »

Causes du B.O.

- C'est la rencontre entre un contexte professionnel axé autour de la relation d'aide et des facteurs de personnalité.
- Approche psychopathologique = centrée sur l'individu.
- Approche psychosociale = centrée sur les organisations.

Facteurs de risques du B.O. (suite 1)

- Cause individuelle ?
- Le sexe : féminin +++ mais valorisation du travail féminin ?
- L'âge : jeunesse = vulnérabilité.
- Charges familiales : mariage = protecteur...
- Caractéristiques de l'emploi, niveau d'étude élevé = facteur de risque.

Facteurs de risques du B.O. (suite 2)

- Expérience professionnelle : période sensible entre la seconde et la sixième année de pratique.
- Idéalisation = caractéristique du sujet inexpérimenté.
- B.O. = « facteur de sélection. »
- Rareté des loisirs = facteur de risque +++ pour l'épuisement professionnel.

Facteurs de risques du B.O. – Evènements de vie

- Pour la majorité des auteurs, les éléments stressants ne sont pas la cause directe du B.O.
- Néanmoins, l'accumulation d'événements peut influencer sur la survenue d'un B.O. si
 - le sujet ne les contrôle pas,
 - l'événement modifie sa position sociale,
 - l'événement est très chargé affectivement.
- Attention à l'attribution causale abusive !

Approche psychopathologique

« Le B.O. est le deuil d'une impossible grande réussite »

- Le candidat au B.O. est exigeant vis-à-vis de lui-même, attaché à la réussite et à la reconnaissance personnelle.
- Le candidat au B.O. ne concilie pas vie équilibrée et idéal de dévouement excessif.
- Cette image de soi grandiloquente est forgée en fonction de l'influence du milieu familial avec un désir de reconnaissance sociale qui répond au désir de reconnaissance parentale.

Approche psychopathologique (2)

- L'effort consacré au maintien de l'image idéale n'est pas imposé par le désir de l'individu mais bien par le regard des autres.
- Donc, aucune activité ne pourra donner satisfaction à cause de ce désaccord fondamental.

Personnalité et choix d'une profession d'aide

- Malheureusement, la personnalité à risque de B.O. est naturellement attirée par les professions d'aide...
 - quête immodérée d'un idéal altruiste,
 - besoin de reconnaissance,
 - besoin de répondre toujours aux besoins d'autrui.

Les professions idéalisées

- La vocation entraîne le burn-out.
- Le dévouement est une des caractéristiques principales touchant le soignant dans l'imagerie populaire.
 - Percée des séries médicales dans les médias.
- L'image médiatique sublimée de la profession est un lourd fardeau pour le soignant.
- Le public attend une conscience professionnelle sans faille et une disponibilité constante.
- D'où la culpabilité +++ pour le médecin de ne pas se conformer à cet idéal énorme.

Motivations du choix professionnel

- Motivation banale et consciente : l'humanitaire
- Motivations réelles et inconscientes :
 - le besoin de sentir que quelqu'un a besoin de soi,
 - le besoin d'exercer un contrôle sur les autres,
 - le besoin de régler un conflit personnel.
- Désir latent de garder des patients dans un état de dépendance...

Stratégies d'adaptation au Burn-out

- Stratégie d'adaptation ne veut pas dire stratégie efficace.
- La stratégie peut aggraver l'inadaptabilité du sujet à son environnement.
 - réaction active visant à résoudre le problème,
 - recherche de soutien,
 - distanciation et minimisation,
 - acceptation de la confrontation,
 - auto-blâme,
 - fuite, idéalisation de la réalité,
 - maîtrise de soi,

Stratégies néfastes dans le B.O.

- Isolation du patient et de sa maladie.
- Passage à l'acte avec activisme et acharnement thérapeutique.
- Anonymat et évitement de la relation patient-thérapeute.
- Evitement des situations anxiogènes.
(exemple : patient incurable)

Stratégie collective de lutte contre le B.O.

- Malheureusement en désuétude...
- Expression collective des problèmes.
- Idéologie collective défensive
(corporatisme)
- Exutoires ritualisés à l'angoisse.
(exemple : bizutage).

Sources professionnelles de B.O.

- Exigences physiques du travail.
- Rythme de travail, perturbations du sommeil.
- Charge de travail.
- Hyper-technicité des soins.
- Interruption dans les tâches.
- Conflits de rôles : le sujet est amené à accomplir des tâches qu'il ne veut pas exécuter.
- Ambiguïté de rôles = mauvaise définition des tâches.

Gestion de la relation thérapeutique = source de B.O.

- Soins =
 - ingratitude, agressivité, angoisse des patients,
 - confrontation à la mort,
 - culpabilité de l'impuissance,
 - échec par rapport au culte de la jeunesse.
 - échec dans l'éradication de la douleur,
 - confrontation avec les proches.

Les solutions à l'épuisement professionnel

- Mesures préventives ou curatives.
- Mesures individuelles ou organisationnelles.

Méthodes individuelles

- Gestion du stress
 - gestion du temps,
 - gestion du réseau social,
 - amélioration des communications,
- Méthode pharmacologique (+/-)
- Groupe de parole +++
- Approche psychothérapique individuelle à visée didactique.

Les mesures organisationnelles

- Diminution des contraintes physiques.
- Diminution des nuisances sonores.
- Mise en place d'un tutorat pour les jeunes médecins.
- Aménagement des temps de repos.
- Possibilité de congés mobiles.
- Instauration de journées de formation.

