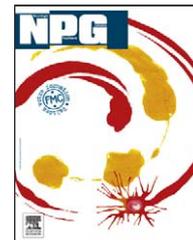




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



DOSSIER : LA RELATION SOIGNANTE EN GÉRIATRIE

## **Burnout et soignants : un risque inépuisable ?**

Burnout and caregiving: A never-ending risk?

C. Hazif-Thomas<sup>a,\*</sup>, P. Thomas<sup>b</sup>

<sup>a</sup> *Intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, CH Bohars, CHU de Brest, route de Ploudalmézeau, 29280 Bohars, France*

<sup>b</sup> *Pôle de psychiatrie du sujet âgé, CH Ésquirol de Limoges, 15, rue du Dr-Marcland, 87025 Limoges, France*

Disponible sur Internet le 28 mai 2011

### MOTS CLÉS

*Burnout ;  
Coping ;  
Formations  
professionnelles ;  
Dépersonnalisation  
de la relation  
soignante*

**Résumé** La grille de *burnout* de Maslach a été proposée à 255 personnes travaillant directement ou indirectement en psychogériatrie à l'occasion du congrès de Lorient du 16 mars 2010. Deux cent un questionnaires ont été remis, portant sur 42 aide-soignants, 14 cadres soignants, sept directeurs d'établissements pour personnes âgées, 42 infirmières, 45 médecins, 30 psychologues, et 21 autres soignants (kinésithérapeutes, ergothérapeutes...). Un score de risque de *burnout* a été réalisé à partir de ce questionnaire constitué de 22 items permettant l'évaluation de l'épuisement professionnel. Le risque de *burnout* a été considéré comme existant dès lors qu'une personne avait une somme positive pour les 22 questions. Trente-neuf personnes étaient à risque de *burnout*. L'âge ou le genre du professionnel ne semble pas exposer à un risque particulier. Les infirmières travaillant en psychogériatrie sont en revanche, davantage exposées. L'absence de guidelines pour gérer les crises avec le malade psychogériatrique, considérer que le malade est dans un système où l'égalité des soins n'existe pas, où l'offre de soins est insuffisante, faire son métier par obligation expose à un risque de *burnout*. Le personnel à risque de *burnout* demande moins que les autres des formations dans les secteurs suivants : annonce diagnostique ; gestion des troubles du comportement ; comprendre la maladie d'Alzheimer ; prise en charge d'une désorientation ; gestion de l'agressivité du malade. À noter que ce même personnel ne demande pas de formation pour la prévention du *burnout*.  
© 2011 Publié par Elsevier Masson SAS.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [cyril.hazifthomas@chu-brest.fr](mailto:cyril.hazifthomas@chu-brest.fr) (C. Hazif-Thomas).

**KEYWORDS**

Burnout;  
Coping;  
Vocational training;  
Depersonalisation of  
the nursing  
relationship

**Summary** On the occasion of the congress in Lorient on the 16th of March 2010, the Maslach Burnout Inventory was proposed to 255 persons working directly or indirectly in psychogeriatric departments. Two hundred and one questionnaires were handed out to 42 carers, 14 health executives, seven managers of nursing homes, 42 nurses, 45 medical doctors, 30 psychologists, and 21 other formal carers (physiotherapists, occupational therapists...). The level of burnout risk was evaluated through the questionnaire built on 22 items assessing professional exhaustion. A positive score on the Maslach Burnout Inventory was considered as a risk for burnout. Thirty-nine persons were exposed to a risk of burnout. The age, seniority or gender of the professional did not appear to expose them to a particular risk. Nurses working in psychogeriatric departments are particularly exposed. The absence of guidelines in coping with a psychogeriatric patient; considering the patient as within a health system without equality in care, as if the availability of care was insufficient; doing the job as an obligation, all exposed to a risk of burnout. The staff exposed to a risk of burnout requested less training than the others in the following fields: diagnosis announcement; management of behavioural disorders; understanding Alzheimer's disease; managing disorientation; coping with the aggressiveness of the patient. It should be noted that this same staff did not ask for training on how to avoid burnout.

© 2011 Published by Elsevier Masson SAS.

*Un psychanalyste n'éprouve jamais aucune satisfaction personnelle à travailler avec des êtres infantilement dépendants.*

P.C. Racamier

La question du *burnout* devrait solliciter plus fréquemment chez les soignants et les médecins leur capacité de remise en cause et de distanciation maturante. Sa prise en charge est préventive et systémique. Les facteurs de risque sont liés au milieu professionnel et à la structure psychique de la personne, ce qui suppose que les interventions préventives et thérapeutiques se concentrent, autant sur la personne que sur l'organisation du travail. Elles permettent de réduire le stress perçu en situation, d'augmenter les ressources personnelles, de reprendre le contrôle de soi et de développer dans l'environnement professionnel des stratégies de management du stress, de relaxation et de récréation de soi. À défaut d'une telle protection « contenante », un cas de *burnout* dans une équipe peut être contagieux et impacter l'ensemble du système relationnel au point de mettre en péril la sécurité de chacun. Il faut aussi souligner que la formation initiale des métiers de santé, soignants et managériaux, devrait intégrer ce risque professionnel. Elle devrait évaluer l'aptitude physique et psychique du professionnel et jauger sa curiosité et ses possibilités de « mise au vert » lorsqu'un excès d'épuisement émotionnel survient, a fortiori, dans le champ de la santé mentale.

## Méthodes

Un questionnaire portant sur les caractéristiques socio-démographiques et l'échelle de Maslach [1–3] ont été distribués à 255 personnes travaillant en psychogériatrie, à l'occasion du congrès de l'Association Breizh neuro-psychogériatrie de Lorient en mars 2010. Le congrès ne portait pas sur le *burnout* ou l'épuisement des soignants. Le risque de *burnout* a été évalué par l'inventaire MBI (Maslach Burnout Inventory). Après présentation du proto-

cole, explications de la grille, accord écrit des participants, un temps a été consacré au terme du congrès pour le recueil anonyme des dossiers. Cinquante-quatre personnes, pour des raisons de timing, n'ont pas remis de dossiers mais aucune objection sur le protocole n'a été notée. Seuls 201 dossiers sur 255 ont donc été exploités. Des résultats préliminaires ont été présentés au 26<sup>e</sup> congrès de la Société de psychogériatrie de langue française à Limoges.

Les variables dépendantes du MBI (Tableau 1) représentent les trois dimensions du *burnout* : neuf items se rapportent à l'épuisement émotionnel (questions 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20), cinq autres rendent compte de la dépersonnalisation de la relation (questions 5, 10, 11, 15, 22), et enfin huit items sont relatifs à l'accomplissement personnel (questions 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Les items sont notés selon sept possibilités, chiffrées ici de 0 (jamais) à 6 : quelques fois par année, au moins : 1 ; une fois par mois, au moins : 2 ; quelques fois par mois : 3 ; une fois par semaine : 4 ; quelques fois par semaine : 5 ; chaque jour : 6 ; ou d–6 (chaque jour) à 0 (jamais) pour les questions suivantes, notées en gras dans le Tableau 1, qui reflètent des éléments positifs 4, 7, 9, 12, 17, 19 et 21. Le risque de *burnout* a été pris en considération lorsque la somme des items était positive, sachant qu'un niveau élevé de *burnout* se manifeste à travers des scores élevés pour les sous-échelles « Épuisement émotionnel » et « Dépersonnalisation de la relation », associés en revanche, à un score faible à la sous-échelle de l'inventaire dédié à « l'Accomplissement de soi ». L'étude statistique a été réalisée avec le logiciel Systat 13. Cette manière de procéder suppose que les sous-échelles de l'instrument reflétant l'épuisement émotionnel et la dépersonnalisation soit toujours corrélées positivement, d'où une réelle homogénéité des études sur ce point et que la sous-échelle « Accomplissement personnel » n'est pas corrélée avec l'une ou l'autre des deux précédentes dimensions, ce qu'a validé Laurel et Gueguen récemment montrant sur ce dernier point plutôt une hétérogénéité des études [4].

**Tableau 1** Échelle Maslach Burnout Inventory (MBI).

- 1) Je me sens émotionnellement vidé par mon travail
- 2) Je me sens à bout à la fin de ma journée de travail
- 3) Je me sens fatigué lorsque je me lève le matin
- 4) **Je peux comprendre facilement ce que mes collègues ressentent**
- 5) Je sens que je m'occupe des autres comme s'ils étaient des « objets » dépersonnalisés
- 6) Travailler avec des gens tout au long de la journée est pesant pour moi
- 7) **Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades**
- 8) Je sens que je craque à cause de mon travail
- 9) **J'ai l'impression à travers mon travail d'avoir une influence positive sur les gens**
- 10) Je suis devenu insensible
- 11) Je crains que ce travail m'endurcisse
- 12) **Je me sens plein d'énergie**
- 13) Je me sens frustré par mon travail
- 14) Je sens que je « travaille trop dur »
- 15) Je ne me soucie pas vraiment de ce qui arrive à certains de mes malades
- 16) Travailler en contact direct avec les gens est trop stressant pour moi
- 17) **J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades**
- 18) **Je me sens ragaillardisé lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades**
- 19) **J'ai accompli beaucoup de chose qui en valent la peine**
- 20) Je me sens au bout du rouleau
- 21) **Dans mon travail je traite les problèmes émotionnels très calmement**
- 22) J'ai l'impression que mes patients me rendent responsable de certains de leurs problèmes

D'après Maslach et Jackson [3].

Noter pour chaque item, ce qui survient : jamais, quelques fois par an, une fois par mois, quelques fois par semaine, une fois par semaine, quelques fois par jour, chaque jour. En gras, les facteurs d'accomplissement.

## Résultats

Le **Tableau 2** présente les caractéristiques des personnes recrutées pour l'étude. Sur les 201 dossiers, l'âge moyen des personnes était de  $40,9 \pm 10,9$  ans (extrêmes : 21 à 65 ans), soit pour les 160 femmes de  $38,9 \pm 9,2$  ans et pour les 41 hommes de  $49,2 \pm 12,7$  ans. La différence d'âge est significative  $t = -5,464$  «  $p = 0,001$  ». La composition socioprofessionnelle des 201 personnes travaillant en psychogériatrie était la suivante : 45 médecins, 17 aides soignants, 13 cadres de santé, 30 psychologues, 47 paramédicaux (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, etc.) et 42 infirmiers ou infirmières diplômés d'état (IDE).

Il n'a pas été noté de lien entre le score à l'échelle de Maslach avec l'âge ou le genre des intervenants. Cependant, un risque particulier existe pour les IDE (**Tableau 3**). Ce

risque reste significatif en incorporant l'âge dans le modèle statistique.

Certaines circonstances de la vie professionnelle semblent jouer un rôle dans le mécanisme de *burnout* : l'absence de guidelines pour la prise en charge des malades est associée à un risque élevé (**Tableau 4**), l'approche des soignants sur l'égalité des soins (**Tableau 5**), leur opinion sur l'accès aux soins (**Tableau 6**), leur opinion sur le sens du soin (**Tableau 7**). Les soignants à risque de *burnout* sont ceux qui demandent le moins de formation (**Tableau 8**), notamment dans les domaines de la gestion de l'agressivité, de la désorientation, des troubles du comportement, tous secteurs éprouvant émotionnellement quant à la relation soignante en gériatrie et psychogériatrie.

## Discussion

L'étude présentée comporte des biais, même si la cible, le personnel travaillant en psychogériatrie ou en gériatrie, est particulièrement sensible au *burnout*. Seul le personnel venant de Bretagne et ayant eu la possibilité de se libérer pour se former en psychogériatrie lors du congrès était présent. Les personnes à risque de *burnout* sont moins enclines de se former, nous l'avons vu dans les résultats présentés, et ont pu choisir de rester dans leurs unités de soins. Les personnels qui sont partis rapidement après le congrès sans participer à l'enquête étaient les plus pressés, pour ne pas dire stressés. Les chiffres présentés sont donc vraisemblablement en dessous de la vérité.

Le *burnout* est un processus pathologique provenant de l'utilisation répétée de mécanismes adaptatifs pour améliorer la résilience face au stress au travail. Il s'accompagne d'une souffrance mentale sévère et d'un stress perçu important. Il y a 20 ans, on parlait plutôt de dépression d'épuisement. Le concept médical du *burnout* est davantage psychosocial. Il trouve son origine dans le milieu professionnel, lié à certaines « modalités managériales » entrant en dissonance avec certaines fragilités du soignant. Selon la théorie de la motivation de Herzberg [5,6], l'excès de facteurs d'hygiène (**Tableau 9**) et l'insuffisance de facteurs intrinsèques (autonomie de décision, accomplissement personnel, valeurs humaines, qualité relationnelle) finissent par casser l'investissement et le plaisir à travailler [7]. Sur un autre registre, la valorisation narcissique des individus, de plus en plus en vogue dans la société ou dans les entreprises, aux dépens de la valorisation de la qualité des actes posés conduit, selon Ehrenberg, à des formes graves de dépression [8]. Il associe une asthénie physique et psychique, une démotivation, une perte de ce qui faisait sens dans l'engagement, et une certaine anesthésie affective vis-à-vis des difficultés d'autrui.

Le *burnout* est une brûlure de l'intérieur. C'est une complication grave du stress professionnel et de la perte d'équilibre motivationnel. Il peut s'accompagner d'une fatigue intense avec des douleurs diffuses (dorsalgies ou migraines) et des troubles du sommeil, de sentiments de déshumanisation avec détachement émotionnel de plus en plus marqué, jusqu'à la totale indifférence à la souffrance des autres. Un désenchantement croissant vis-à-vis de son métier et le sentiment de plus en plus prégnant d'inutilité de ce qu'on y vit jouent un rôle et nous avons vu dans

**Tableau 2** Caractéristiques de la population recrutée.

	F/H	Âge	Score <i>burnout</i>	Nombre de scores négatifs/Effectif
Aide-soignants	37/5	40,5 ± 8,3	-13,5 ± 16,8	8/42 19%
Cadres soignants	13/1	43,3 ± 7,6	-9,2 ± 13,4	3/14 21%
Directeurs	6/1	52,2 ± 8,4	0,29 ± 0,49	1/7 14%
Infirmières (ers)	38/4	38,4 ± 8,7	-9,0 ± 15,9	13/42 31%
Médecins	21/24	45,9 ± 10,5	-13,3 ± 14,3	8/45 17%
Psychologues	28/2	30,5 ± 7,1	0,10 ± 0,30	3/30 10%
Autres soignants	17/4	45,2 ± 13,3	0,09 ± 0,30	2/21 9,6%
Total	160/41	40,9 ± 10,9	0,19 ± 0,39	39/201 19%

**Tableau 3** Infirmiers ou infirmières diplômés d'état (IDE) et risque de *burnout*.

	Pas de risque	Risque de <i>burnout</i>	Total
Non-IDE	133	26 (20%)	159
IDE	29	13 (31%)	42
Total	162	39 (19%)	201

Pearson  $\chi^2 = 4,53$ ;  $p = 0,03$ .

**Tableau 4** Absence de guidelines et risques de *burnout*. Avez-vous des guidelines et/ou des recommandations de bonne pratique à disposition pour vous aider à réaliser cette annonce dans de bonnes conditions ?.

	Pas de risque	Risques de <i>burnout</i>	Total
Pas de guidelines	59	35 (37%)	94
Guidelines	53	1 (1,8%)	54
Total	112	36 (24%)	148

148 réponses sur 201. Pearson  $\chi^2 = 23,32$ ;  $p < 0,001$ .

cette étude le poids du sens en dérouté de l'aide au regard des soignants sur le risque de *burnout*. C'est la raison pour laquelle le *burnout* se voit paradoxalement volontiers chez les « professions donneuses ». Les relations aux collègues, aux malades peuvent se teinter d'hostilité, ce qui ne facilite pas l'engagement d'un partage des difficultés avec recours à l'entraide [9].

L'excès de stress, les contraintes administratives et la paperasserie envahissante, l'absence de consigne claire par la hiérarchie qui préfère laisser éclater des conflits pour se

positionner en arbitre, plutôt que prendre ses responsabilités, les désillusions et la routine morne dans des professions où l'engagement est lourd de sens, l'absence de soutien, les défauts d'organisation, comme l'absence de guidelines dans le service, ou la langue de bois de la hiérarchie (Fig. 1) sont actuellement incriminés [1]. La ressource de l'accomplissement personnel qui ranimerait les processus motivationnels ou la remise en cause sont remplacées par des rationalisations ou des renoncements, par exemple à se former dans les domaines où les difficultés sont incontour-

**Tableau 5** Opinion sur l'égalité de soins et risques de *burnout*. Y-a-t-il une égalité d'offre de soins tout au long de la maladie d'Alzheimer ?.

	Pas de risque	Risques de <i>burnout</i>	Total
Non	103	33 (24%)	136
Oui	37	3 (7,5%)	40
Total	140	36 (20%)	176

176 réponses sur 201. Pearson  $\chi^2 = 5,34$ ;  $p = 0,02$ .

**Tableau 6** Opinion sur accès aux soins et risques de *burnout*. Concernant l'offre de soins aux patients âgés présentant des troubles de mémoire : Le fait d'orienter des patients âgés Alzheimer dans des unités de soins spécifiques Alzheimer répond-il à votre attente ?.

	Pas de risque	Risques de <i>burnout</i>	Total
Non	53	23 (30%)	76
Oui	73	10 (12%)	83
Total	126	33 (21%)	159

159 réponses sur 201. Pearson  $\chi^2 = 8,04$  ;  $p < 0,001$ .

**Tableau 7** Opinion sur sens du soins et risques de *burnout*. L'offre de soins actuelle vous semble-t-elle une réponse à un désir de soin ou relève-t-elle d'une obligation ?.

	Pas de risque	Risques de <i>burnout</i>	Total
Désir de soin	57	4 (6,5%)	61
Obligation	66	28 (29,5%)	94
Total	123	32 (20,5%)	155

155 réponses sur 201. Pearson  $\chi^2 = 12,18$  ;  $p < 0,001$ .

**Tableau 8** Besoins de formations exprimés et risques de *burnout*. Quelle type de formation aimeriez vous recevoir ?.

Formations demandées	Peu de risque de <i>burnout</i> (n = 162)	Risques de <i>burnout</i> (n = 39)	Chi <sup>2</sup>	p
Prévention confusion mentale	87 (53%)	25 (64%)	NS	
Annonce diagnostique	105 (64%)	16 (41%)	11,6	$p < 0,001$
Troubles comportement	99 (61%)	17 (43%)	3,95	$p = 0,04$
Alzheimer	134 (82%)	20 (51%)	37,7	$p < 0,001$
Personne de confiance	83 (51%)	24 (61%)	NS	
Prise en charge désorientation	132 (81%)	21 (53%)	23,1	$p < 0,001$
Gestion agressivité	125 (77%)	24 (61%)	16,1	$p < 0,001$
Prévention du <i>burnout</i>	145 (89%)	37 (97%)	NS	

201 réponses.

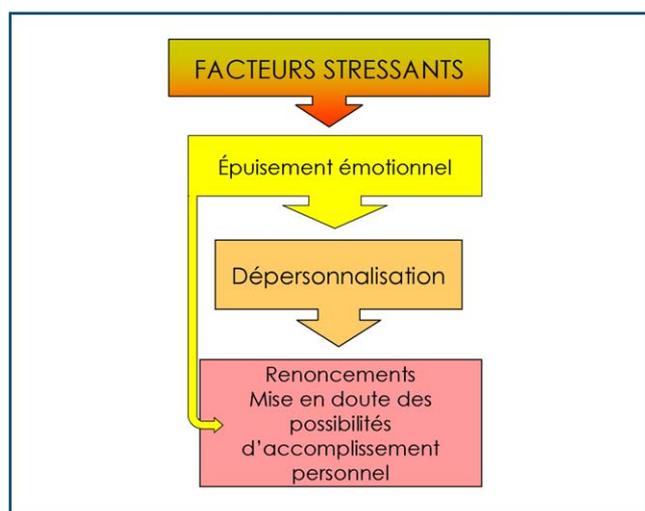


Figure 1. Schéma de Maslach.

nables. Toutes ces raisons font que les situations de *burnout* tendent à se reproduire dans une entreprise où un cas est survenu. Les « épidémies » de suicide de plus en plus fréquentes devraient ainsi faire poser la question de la gestion humaine du personnel dans un contexte économique peu désireux de regarder la main d'œuvre utilisée comme autre chose qu'une variable d'ajustement face à l'adaptation à l'institution ou à l'entreprise et non l'inverse.

Certaines attitudes au travail sont susceptibles d'atténuer le risque de survenue d'un *burnout*. Nous avons insisté dans un article précédent sur la valeur du travail interdisciplinaire en gériatrie et en psychogériatrie afin de permettre à chacun le développement d'attitudes personnelles et positives dans le travail [10]. Dans une autre étude récente reprenant l'analyse de 17 médecins généralistes, quatre thèmes d'importance sont retenus pour prévenir le *burnout* [11] ; ce sont :

- les attitudes constructives, participatives et ouvertes aux perspectives organisationnelles, c'est-à-dire recon-

naissant le travail effectué, en vue de développer des segments de travail intéressants et non routiniers, afin de soutenir les initiatives et l'observation personnelle, de délimiter les responsabilités individuelles au travail ;

- l'équilibre et la priorisation des problèmes, l'organisation des soins selon des objectifs motivants, atteignables afin de prévenir le sentiment d'échec professionnel ; la gestion du stress, des limites entre les compétences de chacun, la valorisation des compétences et des actes réalisés, les formations professionnelles adaptées aux difficultés rencontrées sont des leviers importants de prévention du *burnout* ;
- le style de management humaniste et promouvant : professionnalisme rigoureux et exigeant sur l'essentiel, notamment la qualité des soins et des matériels utilisés, utilisant des techniques modernes validées, la chasse à la médiocrité relationnelle et aux procédures inutiles ou tatillonnes ;
- les relations positives, « contenantes », « soutenantes » et agréables, permettant de bâtir un esprit d'équipe, d'entraide et d'efficacité fondé sur les liens interpersonnels.

Cette possibilité de « jouer collectif » n'est pas évidente à garder intacte dans le milieu hospitalier, a fortiori lorsque le sens de l'aide se perd, ce que peut faciliter la dépersonnalisation de la relation soignante. Si en psychologie, la dépersonnalisation désigne généralement l'expérience d'un sentiment de perte de sens de la réalité, ici le terme est plus restreint à l'atteinte du sens de la portée humaine de l'acte de soin. Il ne s'agit donc pas ici de la personne souffrant de déréalisation, avec l'impression qu'elle a changé

brutalement et que le monde ne paraît plus net ou devient moins réel et flou. Le DSM-IV classe en effet la dépersonnalisation comme étant une forme de trouble dissociatif endommageant la conscience de soi, ce qui n'est pas la problématique faite d'attitudes dépersonnalisantes rencontrées dans le *burnout*. En revanche, est à noter dans cette dernière occurrence, la production d'attitudes cyniques, de détachement et d'oubli de tout plan personnalisé de soin. En ce sens, on peut évoquer une certaine tension anxieuse chez les soignants en *burnout*, au moins dans un premier temps, avant le cynisme, faite de désorientation quant à la façon humaine et personnelle de gérer la situation soignante. Cela est d'ailleurs indirectement renforcé par le fait que les soignants le plus à risque de *burnout* sont aussi ceux qui, par exemple, manquent de guidelines et/ou ne disposent pas de recommandations de bonnes pratiques à disposition, par exemple dans le domaine de l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer (Tableau 4).

Le *burnout* est une chausse-trappe motivationnelle que vient aggraver la faible latitude décisionnelle et le fait d'être confronté à des situations de souffrance peu modifiables. Il n'est pas inutile de rappeler que chaque soignant susceptible de développer un *burnout* est aussi un aidant professionnel à risque dans la mesure où il a fréquemment vécu initialement une phase dite d'enthousiasme idéaliste ou de surmotivation non réellement ajustée à l'acquisition d'une réelle maturité personnelle. Le désir soignant est souvent au départ un désir non averti d'identification à la souffrance du patient et empreint d'un excès de bonne volonté ou d'attitudes « comblantes » tous azimuts des besoins d'autrui, avant d'être un désir finalement déso-

**Tableau 9** Hygiène ou Motivation selon Herzberg [5,6]. Les facteurs d'hygiène sont motivants un temps, mais source à terme de démotivation.

Facteurs d'hygiène, extrinsèques, hétéro-détermination	Facteurs motivants, intrinsèques, autodétermination
<p>Le goût pour la hiérarchie ou l'ordre. L'aliénation à des politiques, des formes de pensée toutes faites ou à des procédures de l'organisation, privilégiant les moyens au détriment des finalités ; aliénation (et non-adhésion/affiliation) à des idées de politique générale du pays, de la commune ou autres idéaux. Fixations sur les conditions de travail, les avantages sociaux plutôt que d'avoir de bons résultats par un engagement au travail. Narcissisme prévale sur la recherche d'une bonne fonctionnalité. Recherche d'une bonne appréciation des collègues, des subordonnés, des supérieurs. Goût pour le prestige, les récompenses, la valorisation de soi par la bonne opinion d'une autre personne que soi, par exemple un chef. Travail effectué pour le salaire, et rien de plus. Recherche de la sécurité de l'emploi, de la sécurité au travail. Renoncement à tout risque personnel, et donc aux initiatives.</p>	<p>Accomplissement ou la réalisation de soi ; possibilités de croissance personnelle.  Reconnaissance sociale de sa compétence, reconnaissance des réalisations et pas seulement de ses efforts (Résultats ou finalités et non seulement bon usage des moyens).  Croissance personnelle/Promotion sociale.  Intérêt dans ce que l'on fait, ce que l'on produit le travail comme tel, le plaisir que l'on y prend la responsabilité ; la réussite personnelle, la promotion ou l'avancement.  Valorisation humaine, relationnelle. Travail en confiance avec ses collègues et non en concurrence</p>

rienté par l'ampleur de la tâche puis de l'ennui, voire un non-désir de poursuivre en l'état, jusqu'à l'apathie [12]. Ce cycle s'est notamment illustré face aux patients atteints du sida envers qui les soignants s'identifiaient massivement sans amélioration notable des patients qui, à l'époque, ne pouvaient bénéficier de médicaments efficaces [13].

Comme pour la capacité à repérer la maltraitance, l'aptitude à anticiper le *burnout* ne se décrète pas et dépend de la disponibilité des acteurs dans le soin et de leur formation. On ne peut que souhaiter une diversification des centres d'intérêt et aussi des qualifications, ce qui fait dire à Grimaldi que « les médecins généralistes, les gériatres, les pédiatres, tous ceux qui prenant en charge des patients atteints de maladie chronique devraient avoir une triple compétence biomédicale, psychologique et pédagogique » [14].

Les contraintes en termes d'image jouent aussi leur rôle car elles participent de l'idéal collectif souvent abîmé dans la propagation du stress professionnel [15,16]. Ainsi, la question des fugues, non-abordée dans notre questionnaire et pour laquelle les soignants savent bien que l'institution est habituellement jugée « sur sa vitesse de réaction et sa capacité à réagir efficacement », d'où des attentes de performance que le personnel peut trouver d'autant plus stressantes qu'elles s'intègrent parfois dans une vision parfois carcérale et négatrice de liberté pour les malades, ce qui peut confiner à l'institutionnalisation d'un certain degré de dépersonnalisation à l'échelon collectif.

## Conclusion

Les infirmières travaillant en psychogériatrie sont particulièrement exposées au risque de *burnout*. Une fragilité personnelle compensée par un engagement important et non calibré, souvent déçu dans sa réalisation, l'absence de soutien, voire la perversité du système dans lequel évolue la personne, sont des pièges motivationnels. La sécurité de l'emploi passe par une sécurité dans la gestion des risques professionnels, dont celui du *burnout*. Toutes les stratégies de prise en charge préventive du *burnout* ne donnent pas le même résultat [17,18]. Ainsi, illustrant une carence dans ce domaine, l'absence de guidelines pour gérer les crises avec le malade psychogériatrique, considérer que le malade est dans un système où l'égalité des soins n'existe pas, où l'offre de soins est insuffisante, faire son métier par obligation expose à un risque de *burnout*. Lorsque le *burnout* menace, loin de chercher du secours dans les ressources relationnelles ou professionnelles, la personne épuisée tend à s'isoler. Le personnel à risque de *burnout* demande moins spécifiquement que les autres des formations dans les secteurs suivant : annonce diagnostique ; gestion des troubles du comportement ; comprendre

la maladie d'Alzheimer ; prise en charge d'une désorientation ; gestion de l'agressivité du malade.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs n'ont pas transmis de déclaration de conflits d'intérêts.

## Références

- [1] Maslach C, Zimbardo P. *Psychology for our times*. Glenview (Illinois): Scott Foresman & Co; 1977.
- [2] Bénony H, Chahraoui K. *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris: Dunod; 2003.
- [3] Maslach C, Jackson S. The measurement of experienced burnout. *J Occupational Behaviour* 1981;2:99–113.
- [4] Lourel M, Gueguen N. Une méta-analyse de la mesure du *burnout* à l'aide de l'instrument MBI. *Encephale* 2007;33(6):947–53.
- [5] Herzberg F, Hamlin RM. The motivation-hygiene concept and psychotherapy. *Ment Hyg* 1963;47:384–97.
- [6] Herzberg F, Mathapo J, Wiener Y, Wiesen LE. Motivation-hygiene correlates of mental health: an examination of motivational inversion in a clinical population. *J Consult Clin Psychol* 1974;42(3):411–9.
- [7] Sharp TP. Job satisfaction among psychiatric registered nurses in New England. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2008;15(5):374–8.
- [8] Ehrenberg A. *La fatigue d'être soi. Dépression et société*. Paris: Odile Jacob; 1998.
- [9] Legeron P. La santé mentale au travail : un enjeu humain et économique. *Presse Med* 2006;355:821–2.
- [10] Hazif-Thomas C, Bouche C, Guegan A, et al. Les repères inter-professionnels dans la relation soignante en psychogériatrie. *Soins Psychiatr* 2008;257:42–6.
- [11] Jensen PM, Trollope-Kumar K, Waters H, et al. Building physician resilience. *Can Fam Physician* 2008;54(5):722–9.
- [12] Delbrouck M. Je suis épuisé par ma charge de travail. Que puis-je faire ? Le *burnout* ou la souffrance des soignants. *Imaginaire Inconscient* 2010;25:157–65.
- [13] Ferreri F, Agbokou C. *Burnout*, syndrome d'épuisement aigu. *Humeurs* 2004;34:21–3.
- [14] Grimaldi A. Les différents habits de l'« expert profane ». *Tribunes Sante* 2010;37:91–100.
- [15] Almborg B, Grafstrom M, Winblad B. Caring for a demented elderly person-burden and burnout among caregiving relatives. *J Adv Nurs* 1997;25(1):109–16.
- [16] Garrosa E, Moreno-Jimenez B, Rodriguez-Munoz A, et al. Role stress and personal resources in nursing: a cross-sectional study of burnout and engagement. *Int J Nurs Stud*. In press
- [17] Lemaire JB, Wallace JE. Not all coping strategies are created equal: a mixed methods study exploring physicians' self reported coping strategies. *BMC Health Serv Res*;10:208.
- [18] Wahlin I, Ek AC, Idvall E. Staff empowerment in intensive care: nurses' and physicians' lived experiences. *Intensive Crit Care Nurs* 2010;26(5):262–9.