

L'IDE et le *burn-out*

S. Molenda*, F. Ducrocq*

*Cellule d'Urgence Médico-Psychologique, Pôle des Urgences, Samu 59, 5 avenue Oscar Lambret, 59037 Lille Cedex

Auteur pour correspondance : F. DUCROCQ

Courriel : francois.ducrocq@chru-lille.fr

POINTS ESSENTIELS

- Le *burn-out* s'articule autour de 3 dimensions : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation d'aide et la diminution de l'accomplissement personnel.
- Il se différencie des manifestations de stress chronique en lien avec le stress professionnel ainsi que des manifestations psychotraumatiques en lien avec la survenue d'un événement porteur d'une menace de mort ou d'atteinte à l'intégrité physique.
- Il résulte de la persistance de six disparités entre les personnes et leur poste de travail.
- Les données épidémiologiques retrouvent des syndromes de *burn-out* sévères chez plus de 20 % des infirmiers dès 5 ans d'ancienneté.
- Le meilleur moyen de lutter contre le *burn-out* est de le prévenir. En effet, sa présence atteste de dysfonctionnements sociaux profonds, dont la correction exige, de la part de tous et à tous les niveaux de la hiérarchie, investissement, patience et temps.

CE QU'EST LE *BURN-OUT*

Les données de la littérature actuelles s'accordent à reconnaître dans le syndrome de *burn-out* le fruit d'un processus dynamique, d'installation progressive (a) qui résulte de la perte graduelle des capacités d'ajustement de l'individu face à différents déséquilibres qui pèsent sur lui en situation professionnelle et (b) qui se développe dès lors que les ressources personnelles sont épuisées. Le *burn-out* trouve donc ses racines dans le temps et se manifeste en réponse à la confrontation répétée et chronique à différents agents stressants. Dans ce cadre, Christina Maslach, une des références mondiales dans le domaine, défend l'idée selon laquelle c'est bien l'environnement humain dans lequel les personnes travaillent qui génèrent le *burn-out* et non les personnes elles-mêmes ou, plus exactement, leur incapacité psychologique à assumer les exigences ou les contraintes de leur poste. Plutôt, les résultats de ses études (1) montrent que le *burn-out* non seulement survient chez des sujets en dehors de

tout trouble psychopathologique antérieur mais également bien souvent à partir d'une position de force et de réussite et non de faiblesse. Il s'installe de manière sournoise et insidieuse sans que les titres ou l'expérience professionnelle jouent un véritable rôle protecteur.

Sur le plan clinique, le syndrome de *burn-out* s'articule autour de trois dimensions fondamentales : (a) l'épuisement émotionnel, (b) la déshumanisation de la relation et (c) la diminution de l'accomplissement personnel (2). Son développement suit une certaine logique relationnelle (3, 4).

Ainsi, dans un premier temps, la présence du *burn-out* se traduit par un état de fatigue psychologique caractérisé par une absence quasi-totale d'énergie émotionnelle qui se répercute sur la vitalité physique de l'individu. Celui-ci, trop engagé dans ses activités professionnelles, épuise peu à peu l'intégralité de ses ressources. Par suite, leur tarissement engendre chez lui l'apparition d'un sentiment d'être littéralement « vidé », « au bout du rouleau » ; cet état de fatigue n'étant pas amélioré par le repos. Sur le plan comportemental, cet épuisement émotionnel se traduit par des explosions émotionnelles comme des crises de larmes ou de colère, un retrait social, des refus d'agir ou de répondre à une demande, même anodine, et une réticence marquée au changement. Il se double souvent de l'incapacité à exprimer toute émotion. Il peut prendre enfin l'aspect d'une froideur ou d'un contrôle absolu des émotions.

Le deuxième stade du *burn-out* se traduit par un état de dépersonnalisation caractérisé par une attitude négative et détachée de la part de l'individu envers les personnes avec lesquelles il interagit dans son contexte professionnel – patients ou collègues – qui finissent par être réifiées. On parle alors de déshumanisation de la relation. Certes, en établissant des barrières émotionnelles entre lui, les personnes qui l'entourent et les situations susceptibles d'exiger trop d'énergie de sa part, l'individu met en place spontanément un mécanisme de défense qui lui permet de ne plus « gaspiller » cette énergie qui lui fait cruellement défaut. Mais l'instauration de ce mécanisme n'est pas sans conséquence pour lui. Le prix à payer est souvent une perte d'idéalisme. Apparaît alors un cynisme qui fonctionne la plupart du temps sur le principe de la dérision vis-à-vis de situations humainement douloureuses, au-delà de tout respect moral pour les personnes directement impliquées. Sur le plan comportemental, on observe une perte d'empathie, une très nette baisse de l'investissement envers le bénéficiaire de l'aide qui s'accompagne d'une absence de considération de ses besoins. En parallèle, on voit se développer diverses attitudes dures et critiques ainsi que des propos impudents et désobligeants envers l'objet de la relation. Ces manifestations peuvent, dans les cas les plus extrêmes, conduire à diverses formes de violence et de maltraitance (5).

Finalement, le troisième et dernier stade du *burn-out* comprend une diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi. A ce stade, l'individu porte un regard particulièrement négatif et dévalorisant sur la plupart de ses réalisations et accomplissements personnels et professionnels. Il a le sentiment de ne plus savoir aider les gens ni de plus savoir bien faire son travail. Apparaissent alors la dévalorisation de soi, la culpabilité et la démotivation. Sur le plan comportemental, on observe soit une conduite de « présentisme » qui se traduit par des heures de présence peu productives mais excessivement longues sur le lieu de travail soit par une conduite d'absentéisme.

Enfin, l'ensemble de ces manifestations s'accompagne très souvent de diverses somatisations. Celles-ci recouvrent des troubles variés représentés par des symptômes physiques multiples, variables dans le temps, mais qui ne résultent d'aucune lésion somatique objectivable. Ces symptômes physiques peuvent toucher les différentes sphères de l'organisme : céphalique, digestive, ORL, uro-génitale, musculo-squelettique, neurovégétative, etc. et sont souvent la cause de nombreuses plaintes.

CE QUE LE *BURN-OUT* N'EST PAS

Ainsi, le *burn-out* apparaît comme une forme particulière de stress professionnel. Il se distingue d'autres manifestations de stress chronique tant par les causes dont il résulte que par la manière dont il s'exprime. En effet, au cours de l'exercice de sa profession, chaque personne peut vivre des moments de forte pression temporelle, travailler dans des conditions physiques ou climatiques très dures, devoir faire face de façon récurrente à l'imprévu ou au danger, etc. (6). Or, si ces conditions peuvent objectivement provoquer de la fatigue ainsi qu'une certaine tension physique et psychique et leur persistance, engendrer un véritable épuisement, elles ne transforment pas pour autant l'individu en un être cynique et démotivé. Bien souvent, un temps de repos de durée variable suffit pour permettre une reprise professionnelle dans de bonnes conditions.

Le *burn-out* se différencie également de l'état de stress post-traumatique qui est un véritable trouble inscrit dans les nosographies psychiatriques. Ce dernier résulte de la confrontation à un événement porteur d'une menace de mort ou d'atteinte à l'intégrité physique. Il peut s'inscrire dans le temps et présenter une comorbidité importante avec d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression majeure, les conduites addictives et le risque suicidaire (7). Sa résolution nécessite pour sa part des soins spécifiques associant psycho- et chimiothérapie (8).

LES CAUSES DU *BURN-OUT*

Comme nous l'avons déjà souligné, même s'il s'exprime pour l'essentiel au niveau individuel, le *burn-out* est avant tout le résultat produit par des contextes professionnels caractérisés par la présence d'agents stressants bien spécifiques. Dans ce contexte, le *burn-out* résulte d'une absence d'harmonie et d'un décalage entre l'individu et son travail. Et plus l'interaction entre l'individu et son environnement professionnel manque d'harmonie, plus le risque de *burn-out* est important. A l'heure actuelle, six grandes causes sont reconnues comme contribuant au développement du syndrome : la surcharge de travail et la complexité des tâches, l'absence de contrôle et la non-maîtrise sur ses activités, le manque de récompense et de reconnaissance pour les efforts fournis, l'absence de soutien social et de cohésion d'équipe, le décalage entre les valeurs de l'individus et celles de l'entreprise, le sentiment d'injustice ou de non-équité entre salariés (1). Ces causes peuvent elles-mêmes être mises en rapport avec les mutations que connaît à un niveau plus macroscopique le monde de la santé et qui se traduisent, entre autres, par la diminution du nombre de lits hospitaliers par habitant, la réduction du temps de séjour des patients hospitalisés avec pour conséquence la densification des soins, l'augmentation de la technicité de certains traitements, et plus

largement, la tendance à vouloir transformer l'hôpital en un plateau médico-technique au détriment de l'humain (9).

QUELQUES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

Les données épidémiologiques récentes montrent que la profession d'infirmier, spécialisé ou non, est à haut risque concernant le *burn-out*. En effet, une étude réalisée en France sur quelques 3 600 infirmiers et infirmiers spécialisés montre des scores de *burn-out* élevés (tels que mesurés par le *Maslach Burnout Inventory* ou MBI) chez 21,1 % d'entre eux dès 5 ans d'ancienneté (10). Ce taux croît ensuite de manière régulière avec l'ancienneté pour toucher 26,8 % des infirmiers ayant plus de 25 ans d'ancienneté. Ces scores sont corrélés avec ceux obtenus à l'aide d'un autre questionnaire qui fournit un score de *burn-out* physique et psychologique : le *Copenhagen Burnout Inventory* ou CBI. Les résultats obtenus avec cette échelle révèlent des scores de *burn-out* moyens et élevés chez respectivement 58,8 % et 16,6 % des infirmiers de moins de 5 ans d'ancienneté. Ils montrent également que si les taux de professionnels présentant un score moyen restent relativement stables avec l'ancienneté, il n'en est pas de même des scores élevés qui augmentent régulièrement pour toucher 19,1 % des plus anciens.

QUELLES ACTIONS MENER CONTRE LE BURN-OUT ?

Si l'on envisage l'idée selon laquelle le *burn-out* signe l'existence de dysfonctionnements sociaux majeurs, alors ce sont les actions de prévention qui sont par essence les plus efficaces. Cependant, qu'il s'établisse de façon préventive ou a posteriori, le traitement du *burn-out* poursuit les mêmes objectifs : éliminer ce qui est négatif et construire à la place quelque chose de positif. En d'autres termes, le traitement du *burn-out* vise à réduire les déséquilibres notés entre l'individu et son travail mais également à promouvoir l'engagement professionnel car, c'est cet engagement qui, seul, améliorera l'énergie, l'implication et l'efficacité des professionnels et, par voie de conséquence, de l'entreprise, privée ou publique, qui les emploie. Certes, la mise en œuvre de telles stratégies est sur le moment très coûteuse et nécessite de la part de tous – salariés et employeurs – patience, investissement et respect mutuel mais elle constitue, à coup sûr, un excellent investissement à moyen et long terme non seulement quant à l'efficacité et la rentabilité de l'entreprise mais également, et surtout, au bien-être de tous !

REFERENCES

1. Maslach C, Leiter MP. *Burn-out: le syndrome d'épuisement professionnel*. Paris, Les Arènes 2011 : 270 p.
2. Maslach C. *Burn-out: the cost of caring*. Englewoods Cliffs NJ, Prentice-Hall 1982.
3. Maslach C. *Burned-out*. *Human behav* 1976 ; 5 : 16-22.
4. Molenda S. le syndrome de *burn-out*. Actes du colloque Urgences 2010, Paris, 2-4 juin : 10 p.

5. Neveu JP. Burnout and consequences: a review of health professional maltreatment of the patient. In: Halbelsen JRB, Ed. Handbook of stress and burn-out in health care. New York, Nova Science publishers 2008 : 157-72.
6. Molenda S, Ticquet P, Ducrocq F, Vaiva G. Stress et médecine pré-hospitalière : de nombreux facteurs en cause. Stress et Trauma 2001 ; 1 : 213-18.
7. De Clercq M, Lebigot F. Les traumatismes psychiques. Paris, Elsevier Masson 2001 : 384 p.
8. Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F, Goudemand M. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Paris, Elsevier Masson 2005 : 207 p.
9. Estry-Béhar M. Santé et satisfaction des soignants au travail en France et en Europe. Rennes : presse de l'EHESP 2008 : 234 p.
10. Canouï P, Mauranges A. Le burn-out à l'hôpital : le syndrome d'épuisement professionnel. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson 2008 : 240 p.