




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

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



DOSSIER : LE *BURN OUT* DES SOIGNANTS

Quand la relation d'aide tombe malade, ou le travail du *burn out*

Professional burn out among geriatric caregivers

C. Hazif-Thomas^{a,*}, J. Roulleaux^b, P. Thomas^c

^a *Gérontopsychiatre. Service de psychiatrie du sujet âgé et psychogériatrie—consultation mémoire, CHG de Quimperlé, 20 bis, avenue Maréchal-Leclerc, BP 134, 29391 Quimperlé, France*

^b *IDE diplômé en shiatsu (fédération française shiatsu traditionnel). Association « Shiatsu Arts & Culture », 29930 Nizon–Pont-Aven, France*

^c *Psychogériatre. Pôle de psychiatrie du sujet âgé, CHU de Limoges, 15, rue du Docteur-Marcland, 87025 Limoges cedex, France*

Disponible sur Internet le 28 juillet 2009

MOTS CLÉS

Qualité du travail ;
Démotivation ;
Désespérance ;
Dépression

KEYWORDS

Work quality;
Loss of motivation;
Hopelessness;
Depression

Résumé Cet article s'emploie à retracer la question du *burn out*, notamment, à travers une réflexion rendant compte de l'enjeu relationnel des symptômes et des raisons du désespoir et de la résignation des soignants. La qualité de vie au travail, l'atteinte de la relation médecin–malade, l'épuisement sont discutés et la dimension gériatrique du soin également élaborée. La part de la symptomatologie anxiodépressive est mise en perspective avec les conséquences délétères d'un tel syndrome, notamment, l'atteinte de la qualité de vie des soignants.

© 2009 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary This paper focuses on the issue of professional burn out. It attempts to define this phenomenon, the underlying reasons and symptoms. It investigates the relationship between burn out and anxiety–depression, among geriatric caregivers, according to the helplessness–hopelessness theory. The quality of life of practitioners suffering from burn out appears to be significantly impaired and the published literature indicates that it may lead to deleterious consequences on the care provided to their patients. The most significant consequences of the professional burn out syndrome are also analyzed, such as: low work quality, disturbances in the doctor–patient relationship, resigning from vocational activity.

© 2009 Published by Elsevier Masson SAS.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : c.hazif-thomas@ch-quimperle.fr (C. Hazif-Thomas).

Introduction

Le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out* réalise un épuisement consécutif à l'exposition à un stress professionnel permanent et prolongé. Le travail n'est pas le seul segment touché par la maladie, avec un désintérêt progressif dans les domaines jusque-là investis ou surinvestis, une perte de créativité, car la famille, les amis peuvent être malmenés au plan relationnel et une perte d'empathie vis-à-vis de la souffrance d'autrui peut apparaître. Certaines professions sont plus exposées que d'autres, notamment, celles où la charge émotionnelle et affective est lourde, lorsque la responsabilité des actions implique d'autres personnes, des malades, et que les objectifs fixés sont difficiles, voire impossibles à atteindre, ce qui est souvent le cas dans les services de gériatrie. « KO » : c'est ce qu'on devient, en tant que soignant, lorsque la relation d'aide tombe malade, parce que le temps, la disponibilité viennent à manquer. Le *burn out* s'installe et aggrave les choses, éloignant le soignant de sa mission de proximité au malade.

Définition

Le *burn out* est une complication du stress professionnel qui associe une fatigue intense avec des douleurs diffuses – dorsalgies ou migraines – et des troubles du sommeil, un sentiment de déshumanisation fait de détachement émotionnel de plus en plus marqué (parfois jusqu'à la totale indifférence à la souffrance des autres). Ainsi qu'un désenchantement vis-à-vis à son métier jusqu'au sentiment d'inutilité de ce qu'on y fait. Ce syndrome est coûteux en termes médicopsychologiques et socioprofessionnels. Il se voit chez les « professions donneuses » selon Légeron [1]. Il toucherait particulièrement notre pays puisque la France occuperait « la troisième marche du podium des nations où les dépressions liées au travail sont les plus nombreuses », devancées seulement par l'Ukraine et les États-Unis, selon un rapport de l'Organisation mondiale de la santé [2].

Madame Ogay musicothérapeute le faisait particulièrement bien sentir :

« Le soignant qui ne supporte plus les plaintes, les cris et aussi l'agressivité du vieillard dans sa solitude et sa détresse pour se faire entendre, est brutalement renvoyé à son "incapacité momentanée à donner" pour arrêter la souffrance. Soigner ? Pourquoi ? Si l'espoir de guérison n'existe plus au profit du désespoir, peut-on le remplacer par le regard positif, inconditionnel, posé sur l'autre ? » [3].

Peut-être donc ne remarque-t-on jamais assez que la qualité des soins dépend, au-delà des protocoles de soin et autres références qualités clé en main, non seulement des *qualifications professionnelles*, mais aussi de l'*équilibre personnel* des membres de l'équipe soignante. Très proche de la dépression d'épuisement, le concept médical de *burn out* est un concept plus psychosocial.

Il trouve son origine dans le milieu professionnel, en relation avec l'état de santé, pour associer : *asthénie physique émotionnelle et mentale*. Le cas typique est celui de l'infirmière travaillant en soins palliatifs, en milieu (psycho)

gériatrique, du travailleur social s'occupant de milieu très défavorisé...

Il est par sa haute incidence humainement, socialement et économiquement coûteux. Concernant la population des soignants en psychogériatrie, Franceschi et al. ont pu repérer les facteurs de risque de développement d'un *burn out* [4] :

- un âge de moins de 40 ans ;
- une expérience inférieure à dix ans ;
- une obligation d'exercice en psychogériatrie ;
- un excès de formations ;
- plus d'arrêts maladie ;
- plus de dépressions.

Ces mêmes auteurs ont également repéré les moyens de défense les plus couramment utilisés :

- l'absentéisme ;
- la fuite en avant (recours aux formations) ;
- l'enkystement dans la routine ;
- le repli ou l'hyperactivité ;
- l'agressivité ;
- les troubles psychosomatiques.

Les soignants sont souvent fortement stressés, ainsi que le révèle une récente étude de Taylor et al. [5]. Cette étude a montré que la fréquence des troubles psychiatriques chez les médecins hospitaliers britanniques a significativement augmenté en huit ans passant de 27 à 32%. De plus, l'augmentation de fréquence de ces troubles apparaît corrélée à un accroissement significatif des signes d'épuisement émotionnel passant de 32 à 41% avec majoration du stress au travail non compensé par la satisfaction procurée par l'activité professionnelle. Près d'un médecin hospitalier ou d'un soignant paramédical sur cinq aurait envisagé d'abandonné son métier selon l'hebdomadaire *Impact médecine (burn out: des solutions encore trop peu nombreuses)* (04 décembre 2008, n° 261, p. 4).

Dépression et *burn out*

Au plan psychopathologique, Paulhan et Bourgeois [6] évoquent la majoration du stress au travail qu'induirait un sentiment de manque de moyens et d'*insuffisance de l'encadrement contrastant avec des normes « officielles »* : l'insuffisance de moyens pour avancer sur la satisfaction d'objectifs humainement valorisants, l'indifférence et la langue de bois de la hiérarchie. Ajoutons encore comme facteur de stress supplémentaire, la prise en charge de plus en plus exigeante, le poids de plus en plus prégnant des procédures d'évaluation, parfois plus tatillonnes qu'efficaces, et des demandes de résultats en hausse de la part des patients et de leurs familles, comme des partenaires administratifs. Tous ces éléments illustrent le stress aussi bien des professionnels que des familles de malades et la dure mise à contribution de leurs ressources internes, notamment, du sens de la maîtrise personnelle quand bien même la portée de l'engagement et du défi demeurent efficaces en termes de maîtrise et d'efficacité des stratégies de soins (*coping*). Le modèle de l'impuissance apprise a été proposé par Abramson et Teasdale [7] qui ont cherché à approfondir chez l'homme les facteurs cognitifs qui permettraient de prédire des réponses inadaptées devant une situation

de stress. Un sujet sensibilisé à l'impuissance apprise est plus exposé au *burn out*. Face à un échec, même devant un objectif hors d'atteinte, il va y attacher une importance excessive et procéder à un jugement de causalité ou une attribution interne, globale et stable : « C'est toujours à moi que cela arrive, je suis bon à rien, ... ». Le sujet dépressif s'attribue toute la responsabilité de l'échec, irrémédiable, et considère que celui-ci est définitif et s'étendra à tous les domaines de son existence.

En outre, les analyses phénoménologiques nous ont habitués à reconnaître dans le dialogue corporel un phénomène central, celui de la rencontre de l'altérité. À cet égard, on a tendance à trouver autrui comme on trouve son corps [8] : l'intérêt d'avoir un esprit sain dans un corps sain apparaîtrait alors certain si l'on veut identifier les ressources de nos patients.

C'est que le corps psychique a une perception intuitive du système, il exprime tous les jours que celui qui veut changer fait partie de ce qu'il y a à changer. Il importe alors d'accepter que vouloir changer autrui ne change rien.

A contrario, à force de s'investir à perdre haleine, l'individu se fatigue et s'essouffle à corps perdu ; par ailleurs, la douleur et la maladie sont les moyens les plus efficaces dont dispose notre organisme pour se procurer le repos dont il a besoin, d'où la propension à verser dans la somatisation. Ainsi, Mme X... secrétaire adressée par son cadre car épuisée par son job qu'elle ressent comme source maigre de reconnaissance est également submergée par l'angoisse liée à la maladie schizophrénique de son fils. Elle dira après quelques mois de traitement qu'il est pénible pour elle d'avalier cette réalité douloureuse que représente la maladie mentale de son fils, ce face à quoi elle se sent si impuissante. Il est intéressant ici de constater que le symptôme initial de la consultation, outre la plainte dépressive, était qu'elle ne parvenait plus à s'alimenter et surtout à déglutir. Delbrouck [9] distingue de son côté quatre étapes du *burn out* qui mettent en évidence l'histoire naturelle de cet épuisement qui « brûle de l'intérieur », d'abord l'enthousiasme idéaliste, puis la stagnation, ensuite la frustration et venant clore ce cycle, l'apathie. Cette présentation a l'intérêt d'insister sur ce qui semble échapper au patient en proie au *burn out*, soit la valeur hédonique en soi du bonheur, bien explicitée par Épicure :

« Le plaisir est le commencement et la fin de la vie heureuse... le plaisir que nous avons en vue est caractérisé par l'absence de souffrances corporelles et de troubles de l'âme ».

Au plan souffrance, à un stade de plus, précisément, éclôt la maladie dépressive et son cortège de signes végétatifs et ses symptômes liés à la douleur morale. La dépression du *burn out* est très souvent liée aux constats d'inefficacité, aux sentiments d'inutilité et à l'impuissance dans le champ personnel d'efficacité.

Ces dépressions sont proches des dépressions d'épuisement qui ont été auparavant définies comme des développements dépressifs simples qui reposent sur une exposition durant des années ou des dizaines d'années à des situations constituant des stress affectifs, conscients, chroniques et récidivants. Leur évolution caractérisée par

Tableau 1 Dépression d'épuisement : une évolution caractérisée en trois stades.

| | |
|-------------------------------------|---|
| Stade hyperesthésique et asthénique | Fatigabilité, vulnérabilité, troubles intellectuels et mnésiques dont le sujet a conscience et qui l'angoissent |
| Stade psychosomatique | Plaintes hypochondriaques, voire nosophobiques |
| Stade dépressif | Asthénie, troubles cognitifs, incapacité et culpabilité |

Kielholz (Tableau 1) montre, en effet, outre des stades bien définis, un contexte psychique d'épuisement affectif et émotionnel qui prend son origine dans « la coïncidence et la succession, dans un certain laps de temps, d'événements déclenchants nombreux tout en n'étant pas considérables en soi » (Kielholz, 1980).

Pour autant, il est permis de se demander si cette sémiologie est bien fidèle à ce que ressentent vraiment les soignants en cours de « brûlure » et si elle s'ajuste réellement à leur souffrance... Dans le même esprit, il est licite, dans ce champ encore insuffisamment défriché que représente le *burn out*, de se poser la question de la pertinence de la distinction encore posée entre dépression de perte et dépression d'épuisement [10]. Cette « comparaison » est présentée par les auteurs comme source d'approches thérapeutiques différentes : à potentialité mélancolique et à aborder en privilégiant la psychothérapie pour la première, au point que la prescription prématurée d'antidépresseurs gênerait, voire bloquerait son potentiel de guérison ; d'origine névrotique pour la seconde qui renverrait plus « habituellement » à une culpabilité liée à l'insatisfaction de la demande narcissique et pour laquelle serait à favoriser plus sûrement, outre l'éviction du « milieu d'épuisement », un abord chimiothérapeutique, soit un « traitement antidépresseur classique ».

La relation de causalité entre le *burn out* et les suicides n'est pas formellement prouvée, mais les chiffres tendent à établir une corrélation assez importante entre pression au travail et risque suicidaire [11,12]. La presse quotidienne se fait actuellement régulièrement l'écho de ce type de problématique qui revient, hélas, trop souvent au premier plan de l'actualité. Le *burn out* et le suicide des médecins est aussi l'objet de préoccupation actuellement. Aux États-Unis, tous les ans, près de 400 médecins se suicident dans des conditions telles que le mode d'exercice de leur profession est posé [13]. Le numéro du 15 novembre 2008 du *British Medical Journal* contient plusieurs études et articles sur la santé mentale et le stress professionnel des médecins, la fréquence du *burn out*. Les chiffres sont inquiétants : le taux de suicide des médecins hommes est supérieur de 40 % à celui de la moyenne des hommes, alors que le taux de suicide des femmes médecins est supérieur de 130 % à celui de la population féminine générale... Le développement dans le secteur public du paiement à l'acte, de la T2A, qui pousse des médecins à voir le plus de patients possible, en un minimum de temps, afin de gagner plus, laisse patients

et médecins frustrés et stressés, quoique pour des raisons différentes. Les étudiants en médecine sont aussi particulièrement vulnérables [14]. Sur 4287 étudiants en médecine, suivis durant les années 2006 et 2007, 49,6% ont présenté des symptômes de *burn out* et 11,2% ont eu des idées suicidaires. Les étudiants exposés à celles-ci se recrutent très largement dans la population présentant des signes de *burn out*.

Burn out et mélancolie

Hubertus Tellenbach est un psychiatre allemand, phénoménologue, qui a posé de façon très claire, sous l'appellation de «*typus melancholicus*», les caractéristiques d'un état prédépressif [15]. Il a proposé une psychopathologie qui permet de comprendre le passage vers la décompensation mélancolique. La personne «*typus melancholicus*» est attachée à l'ordre, en particulier dans le domaine du travail. Elle recherche la meilleure rentabilité en qualité et en quantité, néglige les loisirs et la détente. Elle se surinvestit socialement, se dévoue pour ses proches, accepte mal que les autres lui rendent service sans les récompenser. Elle ne joue pas le jeu de la réciprocité. Dans ce culte d'un équilibre dynamique dans les relations et le travail, le sujet «*typus melancholicus*» supporte mal les échecs ou les conflits avec les collègues qu'il souhaite toujours réparer pour revenir à un état d'équilibre. Il existe ainsi en permanence une peur de faillir, une culpabilité sous-jacente qui s'établissent par rapport à un fonctionnement idéalisé. Le passage à la mélancolie s'accomplit à partir du moment où le système s'enraye, par les deux constellations de l'includence et de la rémanence. Qu'il existe une modification du rythme de l'existence liée à une promotion professionnelle ou à un déménagement, que se présentent une épreuve, physique ou morale, un cas de conscience, un manque de reconnaissance de la part de la hiérarchie, une injustice, et, dès lors, tout le système de défense se renforce et s'exacerbe autour de la défense de soi, renforçant dans un premier temps les actes et les engagements vers les objectifs préalablement choisis. Le sujet travaille encore plus, accentue ses efforts, se culpabilise de ne pas réussir, cherche à se dépasser pour faire face aux épreuves. À un stade de plus, le sujet s'aigrit. L'investissement n'est plus récompensé ni par le regard d'autrui, ni par le succès.

Les rémanences, moments où l'espace des occupations recule, en quelque sorte, en arrière de l'espace présent, s'effacent aux dépens des includences, les périodes temporelles lacunaires qui s'incluent et s'engluent dans le cours du temps, donnant une impression de monotonie, de toujours pareil, de répétition vide, où l'efficacité habituelle n'est plus sollicitée. La dite «comparaison», de nature oppositive, si elle est bien de portée académique et supporte à l'évidence des enjeux thérapeutiques, est-elle pour autant «raison» (relevée plus haut entre dépression de perte et dépression d'épuisement)? Si on accepte de mettre en avant, par exemple, la notion d'includence et celle de «personnalités à risque» — de dépression d'épuisement — à savoir celle d'hommes consciencieux, orgueilleux, introvertis ou de femmes sensibles, renfermées, manquant d'assurance, on ne peut pas ne pas penser au tempérament mélancolique et à la notion de

Tableau 2 Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier [16].

| |
|---|
| La dépression d'épuisement est ici l'équivalent d'un syndrome postvocation |
| Attention à quelques «signes extérieurs» moins connus |
| Conduite addictive par prise de médicaments |
| Troubles alimentaires de type boulimique |
| Désir de fuite (demande de changement de service...) |
| Alexithymie |
| Sentiment d'includence : «heures supplémentaires» librement choisies, empiétant sur la vie privée |

«*typus melancholicus*» défendue par Tellenbach [15]. Sans doute, l'idée d'includence est ici détournée de son sens premier par Canoui et Mauranges (Tableau 2) [16], puisque ces auteurs la définissent comme «le sentiment de ne pas avoir le temps de tout faire en un temps donné»; mais, outre que ce point de sémiologie mériterait une analyse en soi — tant il est vrai que ressortent fréquemment le fait de ne pas prendre de vacances, d'avoir des horaires épouvantables et surtout une montagne de travail... même si elle accouche d'une souris de satisfaction personnelle ou familiale... — il n'est pas de hasard que, lorsqu'un terme issu de l'histoire de la psychiatrie «ressort» subitement, quelque chose de longtemps refoulé fait ainsi retour pour retrouver une partie de sa fonction symbolique, niée depuis trop longtemps, comme l'est d'ailleurs, dans le *burn out*, la fonction symbolique du soignant. Rappelons donc pour mémoire ce qu'en disait l'auteur princeps : «Le facteur includent consiste en ce qu'un tel individu voit se rétrécir les ordres de son être-pour-les-autres et que, replié sur lui-même, il ne peut se saisir et se réaliser dans son être-soi». À partir de cette clé de compréhension, Tellenbach explique que le malade mélancolique ne peut plus «se transcender par la façon qu'il a d'agir, bien que, pour lui, tout en dépende, du point de vue de son ordre». De même, le malade frappé de *burn out* ne peut plus assurer ses prestations soignantes et prendre les problèmes des autres à cœur sans «mettre entre parenthèses» les siens. Son impuissance à continuer de «donner» des soins l'enferme dans une restriction insupportable dans laquelle il ne peut être lui-même, d'où le ressenti de sécheresse relationnelle. Pour parler comme Tellenbach, sa propension «sympathicosymbiotique» s'est muée en attitudes dénigrantes et impersonnelles. Toutes ces remarques de fond tendent ainsi à replacer le *burn out* dans le sillage de la constitution prémélancolique et à ruiner l'hypothèse d'un épuisement bien plus réactionnel, voire de nature plus névrotique. Dans ce cadre, s'il est utile de conseiller aujourd'hui aux hyperstressés de s'interroger sur la croyance selon laquelle «plus le stress est élevé, plus la motivation est forte», n'a-t-on pas besoin également de faire passer le message que lorsque l'identification avec le travail est trop importante, c'est peut-être que le facteur includent est déjà là et que manque alors cruellement cette fameuse «élasticité de la liberté». En ce cas, que peut réellement promettre un programme de gestion du stress? On répète que les malades atteints par le *burn out* attachent la cause de leurs problèmes aux circonstances de vie, ce qui réfère aux fréquentes difficultés de décen-

trement, n'est-ce pas là encore un symptôme typique de cette constellation d'includence, de cette « incarcération dans l'autocontradiction » ? On s'étonne qu'une personne compatissante devienne cynique et dépressive, que le professeur parle de « *la classe insupportable* », qu'un infirmier parle de « *la chambre 14 qui a sonné encore une fois* » ou bien que « *l'Alzheimer n'a pas dormi et m'a rendu la vie difficile la nuit passée* » : a-t-on suffisamment médité la formule de Kierkegaard qui veut que la santé soit la capacité à résoudre des contradictions ? Or, qu'est-ce que l'includence sinon, précisément, la constellation de l'effort contradictoire ? On pointe encore, et à juste titre, que « plus on pousse la performance individuelle, moins on favorise la contribution » ; encore faut-il redire les propos de Matussek cités par Tellenbach : « l'amour ne peut pas être vécu par les dépressifs comme l'affirmation d'une personne autonome avec ses particularités spécifiques, mais seulement comme l'accomplissement d'une prestation qui lui donne droit à l'amour de l'autre ». Être là, simplement présent au malade, dans une relation d'accompagnement d'inspiration palliative, sans aucune prestation technique est au-delà des forces du soignant atteint de *burn out* et souffrant d'includence, il ne sait pas ce que c'est. En conclusion, ne voir dans le *burn out* qu'un épuisement et non une perte de l'être-soi est une erreur conceptuelle tragique et une impasse clinique. Être simplement soi, disponible aux questions de fond, sans fuite perpétuelle vers l'autre, que précède, avant l'effondrement dépressif, la classique fuite en avant et son déni des limites, est une disposition ontologique ici perdue, que métaphorise la classique perception qu'ont ces malades de perdre « un morceau de monde » lorsqu'est réalisée la rupture avec leur milieu de vie domestique ou professionnelle. L'être-pour-les-autres devient le travail-pour-les-autres et quand les exigences de performance sont trop élevées, alors c'est tout l'être qui disparaît et se perd avec le monde perdu. En somme, la perte n'a jamais été aussi massive que dans ces dépressions d'épuisement. D'où la nécessité d'être peut-être moins sûr de nos théories et plus humble dans notre relevé des points saillants de la clinique du fait mental, de la souffrance psychique et de la dynamique psychoaffective. Cela implique aussi de revenir sur l'origine conceptuelle de la notion de dépression d'épuisement et d'en apercevoir la probable scorie idéologique, source aujourd'hui encore d'erreur de jugement. On retrouve alors l'idée de « torpeur cérébrale » de Benjamin Ball, dès 1881, pour qui :

« Il est des malades qui, soit après une émotion violente, soit après une perturbation profonde de la santé, soit après une fatigue intellectuelle portée au-delà des justes limites, tombent dans un état de prostration mentale qui semble abolir momentanément leurs facultés. Non seulement tout travail de l'esprit leur est absolument impossible, mais encore la mémoire est affaiblie, le jugement indécis, la volonté hésitante et, ce qui semble dominer l'ensemble de la situation, c'est une sorte de paresse mélancolique dont l'ombre se projette sur tout l'ensemble moral de l'individu. On pourrait être tenté de confondre cet état avec l'une des formes classiques de la lypémanie : mais une différence profonde sépare ces deux conditions morbides. Dans la torpeur cérébrale, en

effet, il n'y a point de conception délirante, point d'idée fixe, point d'hallucination, point d'impulsion morbide ; on pourrait même ajouter qu'il n'y a point de mélancolie, car la tristesse, d'ailleurs modérée, que présentent ces malades, est motivée et justifiée par le sentiment de leur impuissance... » (cité in [17]).

On voit clairement dans cette conception l'idée d'un trouble rapporté quasi directement à un dysfonctionnement d'ordre cérébral, et en lien avec un « ralentissement des fonctions vitales », alors que la mélancolie pointerait, elle, vers une production de symptômes productifs étranges, sans rapport avec le vécu d'impuissance ; qu'est-ce à dire sinon qu'est ici exclue la notion de structure mélancolique, voire de psychose ordinaire chère aux lacaniens, et qu'est écartée l'idée, dans la dépression d'épuisement, de toute désorientation existentielle ? Qu'est-ce qui provoquerait alors ce sentiment de pesanteur générale ? La paresse ? Pourquoi cette non interrogation sur la perte du « centre de gravité » relationnelle qui conduit si souvent à l'émergence d'attitudes impersonnelles, d'où tout affect semble gommé ? L'indécision du jugement ?

Des situations caricaturales dans lesquelles la dépression associe perte et épuisement à un degré très élevé existent d'ailleurs, ne citons que la seule et si fréquente dépression de l'aidant du malade Alzheimer qui voit se perdre et perd au quotidien ce qui jusque là définissait les contours de tout un monde, cognitif, bien sûr, mais aussi et peut-être surtout affectif, conjugal, familial, intersubjectif... et à la fois exige de supporter mille stress quotidiens, des événements traumatiques cumulatifs et ce sur de nombreuses années, d'où la charge mentale écrasante et si souvent harassante qui génère tant de détresse et d'épuisement, sans que ne semble possible de mettre de limites à l'aide donnée... Cette tension psychologique et cette tension physique, rencontrée chez des aidants parfois très âgés, va alors provoquer bien des dommages et c'est parfois incroyablement pénible, pour l'estime de soi, de vérifier ce que Khosravi résume par ce constat terrible [18] : « Quelle tristesse que d'en arriver à souhaiter la mort de l'être souvent le plus cher de sa vie » ! C'est en quoi il nous paraît fallacieux de ne voir le travail du *burn out* que de façon machinique, comme un stock émotionnel qui est épuisé, et ferait qu'on assiste alors *mécaniquement* à une déshumanisation de la personne.

Burn out et facteurs motivationnels

Le regard d'autrui sur la réussite et l'échec, la place de l'autre dans les engagements sociaux, le renoncement à ses propres secteurs où trouver du plaisir, la faible place pour la réciprocité dans la relation pose la question de savoir si la personne exposée au *burn out* n'est pas bâtie sur un faux self, si ses motivations qui fondent ses actes, pour altruistes qu'ils soient, satisfont ou non des processus qui valorisent l'image de soi pour soi, le bien-être personnel et le plaisir de vivre sa dimension existentielle dans ses choix. Charité bien ordonnée commence par soi-même. Être disponible pour une relation d'aide de qualité suppose pour le soignant de parler à partir de lui-même et non d'une image introjectée à laquelle il rend incons-

ciemment hommage. L'égoïsme est ici égoïsme vulgaire, selon l'analyse d'Aristote [19]. L'égoïsme vulgaire n'accorde d'importance qu'à son ego. L'altruisme ne saurait gommer celui-ci. Aristote rappelle qu'au delà de l'égoïsme vulgaire, est une autre forme d'égoïsme. L'égoïsme peut être l'amour de soi, compris comme l'amour pour ses intérêts propres, ce qui comporte le mouvement qui porte chacun à veiller à sa propre conservation. Être soignant, c'est être prudent pour soi. Cet égoïsme n'exclut pas autrui. Au contraire, il appartient au soignant de bien comprendre ce que disait Romain Rolland ; « Quand le bonheur égoïste est le seul but de la vie, la vie est bientôt sans but », car la démotivation du soignant est multifactorielle et naît aussi d'un échec de visée transformatrice de soi-même, tout se passant comme si le bonheur égoïste ou l'oblativité compulsive ne faisaient que traduire soit une attitude de protection omnipotente, soit un refus d'accepter que sa volonté, celle de vouloir changer autrui, ne parvienne pas à s'imposer.

En ce sens, l'égoïsme n'est qu'un amour relatif pour soi : il passe par la reconnaissance de l'importance des autres. Un soignant qui trouve du plaisir à aider autrui sera plus efficace dans son action qu'un soignant qui fait son métier mécaniquement.

Pour reprendre les concepts motivationnels de Herzberg et al. [20], la motivation varie selon des facteurs internes (intrinsèques), mais la démotivation évolue selon les facteurs externes (extrinsèques), qu'il appelle facteurs d'hygiène, sécurisant, pour ne pas dire aliénant du développement personnel et selon des facteurs intrinsèques (accomplissement de soi, travail en lui-même, responsabilités) qui contribuent à la satisfaction. Certes, les facteurs extrinsèques (rémunération, qualités du hiérarchique...) diminuent temporairement l'insatisfaction de soi, mais ils n'influencent pas ou peu la satisfaction à s'engager dans la vie sociale ou professionnelle. L'individu ne se construit pas dans des dimensions autres que professionnelle et ne peut donc pas se reconvertir dans des domaines qui sortent de son métier. Le plaisir de faire n'est pas au rendez-vous de la carrière professionnelle et rappelons ici que le contraire du plaisir n'est pas le déplaisir mais la douleur [21]. Les sources de la motivation externe sont liées aux conséquences externes du comportement (travailler pour l'argent, obéir pour ne pas être puni), qui se tarissent avec la fin de l'engagement. Lorsque l'individu et ses fonctionnements sociaux ont permis le développement des ressources intrinsèques de la motivation, la satisfaction de faire quelque chose ne tient pas au résultat obtenu mais au plaisir à se réaliser [22].

Les soignants qui n'ont pas su se bâtir au plan motivationnel ne pourront pas rester sans rien faire et sans se réaliser dans une activité qui va les « mettre en valeur », en particulier lorsqu'ils devront faire face aux situations difficiles. Ils ne pourront s'adapter à la nouvelle organisation

professionnelle et sociale avec des changements de lieux, de hiérarchie ou de cadre de travail.

Références

- [1] Légeron P. Le stress au travail. Paris: Éditions Odile Jacob; 2001.
- [2] Grebot E. Stress et burn out au travail. Paris: Éditions Eyrolles; 2008.
- [3] Ogay S. Expression des émotions par la musicothérapie. *Psychol Med* 1995;27:5247-9.
- [4] Franceschi C, Clément JP, Therme JF. *Int J Med* 1993;273:56-8.
- [5] Taylor C, Graham J, Potts HW, et al. Changes in mental health of UK hospital consultants since the mid-1990s. *Lancet* 2005;742-4.
- [6] Paulhan I, Bourgeois M. Stress et coping. In: Les stratégies d'ajustement face à l'adversité. Paris: Éditions PUF; 1995.
- [7] Abramson LMS, Teasdale JD. Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978;87:49-74.
- [8] Merleau-Ponty M. Résumé de cours, collège de France, 1952-1960. Paris Éditions: Gallimard; 1968.
- [9] Delbrouck M. Le burn out du soignant. Paris: Éditions DBU; 2004.
- [10] Dumond C, Dumont AC, Roche JF, et al. Dépression de perte et dépression d'épuisement. *Rev Fr Psychiatri Psychol Med* 2006;X(101):7-10.
- [11] Center C, Davis M, Detre T, et al. Confronting depression and suicide in physicians: a consensus statement. *JAMA* 2003;289:3161-6.
- [12] Schernhammer ES, Colditz GA. Suicide rates among physicians: a quantitative and gender assessment (meta-analysis). *Am J Psychiatry* 2004;161:2295-302.
- [13] Andrew LB. Survey Says: Many EPs Suffer in Silence. *Emerg Physicians Mon Online* 2006;13(3):1-7, http://www.epmonthly.com/index.php?option=com_content&task=view&id=226&Itemid=15.
- [14] Dyrbye LN, Thomas MR, Massie FS, et al. Burn out and suicidal ideation among U.S. medical students. *Ann Intern Med* 2008;149(5):334-41.
- [15] Tellenbach H. La mélancolie. Paris: Éditions PUF; 1979.
- [16] Canoui P, Mauranges A. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn out aux réponses. Paris: Éditions Masson; 1998.
- [17] Haustgen T. Le ralentissement dépressif dans l'histoire de la psychiatrie française. *Acta Med Int Psychiatrie* 1997;9(143): 1997-9.
- [18] Khosravi M. La communication lors de la maladie d'Alzheimer. Rueil-Malmaison: Éditions Doin; 2003.
- [19] Aristote. Éthique à Nicomaque.
- [20] Herzberg F, Mathapo J, Wiener Y, et al. Motivation-hygiene correlates of mental health: an examination of motivational inversion in a clinical population. *J Consult Clin Psychol* 1974;42:411-41.
- [21] Ranty Y, Machemy A. Les somatisations du sujet âgé. *Revue Gerontol* 2007;108-13 [numéro spécial « 23^e Congrès de la SPLF »].
- [22] Deci EL, Ryan RM. The support of autonomy and the control of behavior. *J Pers Soc Psychol* 1987;53:1024-37.