LE BURN OUT DES SOIGNANTS.

1) Pourquoi parle-t-on du burn out des soignants ?

Etre soignant c'est être confronté à la souffrance, la maladie, la mort d'autrui. Etre **témoin** de cela ne qui ne se fait pas sans conséquences.
Au quotidien, dans leur pratique, ils rencontrent des questions d'ordre éthique, morale, métaphysique qui peuvent bousculer et qui peuvent constituer le métier de soignant (quelle que soit la profession dans le soin) comme étant un métier à risque.

Pourquoi est-ce un métier à risque ?

Dans le domaine du soin, et plus particulièrement dans le domaine des soins palliatifs, il existe un impact important de la répétition des traumatismes, de par les pathologies rencontrées, l'imminence de la mort, les personnalités qui peuvent décompenser, les sollicitations récurrentes de certains patients.

Il est important de noter que derrières ces sollicitations récurrentes, quelque chose se cache derrière la demande entendue. Le patient demande toujours autre chose derrière la demande initiale et cela consomme beaucoup d'énergie chez le soignant.

2) Approche descriptive et clinique du Burn out.

Le Burn out (brûlure interne) signifie en français **« Syndrome d'épuisement professionnel »** Ce terme est issu d'une étude américaine de Freudenberger (1985), Pines (1981), Buree, Scearer, Deszca et Lambert.

Il s'agit d'un *« phénomène d'usure interne chez les soignants qui s'engagent trop au point de nier ses propres besoins, ce qui aboutit à un appauvrissement intérieur »* (Freudenberger, 1981)

Les auteurs décrivent plusieurs phases dans ce syndrome :

- Phase d'investissement :

Il s'agit d'une phase avec des attentes irréalistes. Il y a une apparition progressive d'un sentiment d'impuissance et d'échec car le projet souhaité est difficilement réalisable.
Il y a donc un sentiment de culpabilité qui apparaît progressivement.

- Phase d'évitement :

Cette phase ne permet pas d'échapper au problème initial. Un fatigue physique et psychique apparaît de façon importante et ne fait que croître.

- Phase d'effort :

Le soignant met tout en œuvre pour revenir comme avant, les valeurs du soignant s'inversent. Mais peu à peu, des sentiments tels que le mépris, la haine, la douleur, contre l'objet (patient, collègues, hôpital, etc) source de douleur.

- Phase de réparation :

Il y a un regain d'intérêt pour le travail, où la culpabilité reste présente. Il y a des périodes de rechutes et de rémissions où alternent des sentiments positifs et négatifs, qui ne font qu'augmenter la fatigue et la culpabilité.
Il s'agit en quelque sorte d'un nouvel essai de la phase 1.

Le syndrome est complet lorsque la fatigue est majeure, avec une perte de force, quand apparaît le vide émotionnel.
On peut donc observer la présence d'un cynisme important au travail, une tendance à l'agressivité.
La personne cherche bien souvent sur le plan personnel à accomplir beaucoup d'activités extérieures, pour décharger, mais également pour fuir, ne pas penser.

Les symptômes affectent 4 sphères de la personnalité :

- Troubles du comportement :

On peut y observer une instabilité, un absentéisme, la personne peut entrer dans une automédicamentaion qui se veut de plus en plus importante.

- Troubles affectifs :

Ces troubles peuvent se manifester envers la personne elle-même (dépression), mais également envers les autres, avec des ruptures affectives qui peuvent être liées à des conflits, à une fuite, un repli sur soi.

- Troubles psychosomatique :

On peut observer une fatigue, l'apparition ou la majoration de certains symptômes tels que une hypertension, des céphalées, des troubles gastro-intestinaux, des douleurs, des allergies.
Il est important de noter là que ces symptômes doivent être questionnés quant au sens qu'ils peuvent avoir. Que viennent-ils exprimer ?

- Troubles de la sphère intellectuelle :

La personne manifeste bien souvent des troubles de la mémoire, avec des troubles de l'attention, de la concentration.

Certains auteurs résument ainsi tous ces symptômes par ordre de gravité et que l'on pourrait nomme comme étant le *« trépier du Burn out »* (Delbroucke, 2007) :

- Epuisement professionnel ;
- Déshumanisation de la relation à l'autre ;
- Sentiment d'échec professionnel.

Freudenberger décrit ainsi le burn out comme *«une maladie de l'âme en deuil de son idéal »*.

Il le décrit également comme une *« sorte de dépression qui entraîne une crise d'identité, réactivée par des difficultés personnelles et qui rend le travail difficile, voire impossible ».*

3) Approche étiologique et interprétative du Burn out.

Les soignants et les émotions :

On peut voir apparaître un savoir qui blinde le soignant et par lequel il va tenter de se protéger mais cela ne fonctionne pas. Il va choisir ainsi la fuite, l'inhibition avec un repli sur soi.

Il est important de rappeler que l'émotion est un processus adaptatif qui a une valeur de signal.

Il est faut donc véhiculer les émotions par la parole, en groupe de parole, en débriefing par exemple.
Le partage de ces émotions permet de déculpabiliser, d'accepter ses émotions (tant par la personne elle-même que par le groupe).

Il est important de pouvoir vivre avec ses émotions en essayant de leur donner du sens, pour ne pas être submergés par celles-ci.

En soins palliatifs, les émotions sont augmentées car la mort est une notion abstraite. Qu'y a-t-il derrière ?
Il est certain que ces émotions sont majorées également par le manque de repères culturels (société qui tend à être dans le déni de la mort) et intellectuels (nous ne savons rien de la mort).
Cela laisse les soignants devant une *« inquiétante étrangeté »* (Freud, 1919) qui est déstabilisante et source d'angoisses.

Les soignants et la douleur de l'autre

La douleur et la souffrance d'autrui sont source de stress, mais pourquoi ?

- Les phénomènes de projection sont importants.
- Les patients peuvent être exigeants et être dans une appétence relationnelle qui peut être très fatigante.
- L'impuissance à soulager la douleur de l'autre laisse apparaître une culpabilité importante.

Cela laisse une « sensation de déplaisir » (Freud) qui est non acceptable.

La douleur est physique et psychologique, et le « O douleur » n'existe pas.
Qu'y-a-t-il donc derrière ces douleurs qui ne disparaissent pas malgré les traitements médicamenteux proposés ?
Que fait-on du message transmis derrière la plainte douloureuse ?

Derrière les demandes manifestes, il y a des demandes latentes, qu'on pourrait nommer comme des demandes cachées et inconscientes de l' *« infans »* (Balint, 1968) qui sont des demandes, des désirs infantiles présents chez l'adulte et qui n'ont pas de mots pour s'exprimer.

La douleur détresse

Cette douleur appelle à la relation à l'autre. Bien souvent les patients sont dans une demande de présence importante, des plaintes importantes qui subsistent malgré les traitements proposés.
Mais peut-être que la réponse médicamenteuse n'est pas adaptée !

La douleur détresse est une souffrance qui provoque une peur de la souffrance et qui augmente ainsi la douleur.

Il est important de noter que dans la douleur, il existe une sensation de plaisir et de déplaisir.
Par exemple : Etre douloureux fait mal, mais c'est encore une preuve d'être vivant par les sensations corporelles.
Certains patients peuvent ainsi dire « je ne veux pas supprimer ma douleur, elle vient témoigner le fait que je suis encore vivant ».

La douleur chantage.

Le patient peut manifester de l'agressivité envers le bien portant qui ne peut pas comprendre ce qu'il subit lui-même.
On peut observer une sorte d'emprise sur le soignant, en ce sens que les plaintes du patient vont augmenter à mesure que la culpabilité du soignant augmente.
Il ne faut pas pour autant que l'interprétation du chantage pousse le soignant à confondre de tels patients avec des simulateurs !!!

La souffrance est ainsi majorée par la proximité du soignant avec le patient. Cette souffrance peut être différente en fonction des rôles et des personnalités de chacun.

Les mécanismes de défense à l'œuvre dans le stress des soignants.

Les mécanismes de défense qui vont être cités ci-dessous peuvent être mis à jour et prendre du sens que si on en parle en groupe. Ce sens apparaîtra dans le partage des expériences.

- Identification :

Il s'agit d'un mécanisme de défense très présent dans les relations intersubjectives. C'est une identification à soi ou à un membre de l'entourage familial ou amical.
Ex : *« Cela pourrait être ma mère dans ce lit d'hôpital ».*

- Projection :

Il s'agit de prêter à l'autre les sentiments que le soignant a éprouvé dans sa phase d'identification.

- Angoisse :

Lorsque l'on parle de l'angoisse, dans ce contexte, on peut parler d'angoisse de mort, d'angoisse de séparation, d'abandon.

L'angoisse se définit comme étant *« une sensation de mort imminente »*.

Chaque soignant a son expérience de vie, sa propre histoire et sa propre personnalité. De fait, chacun a sa propre représentation de l'inacceptable.
C'est pourquoi, il est important de repérer les angoisses, pour les percevoir comme étant moins corrosives.

- Culpabilité :

Chez le soignant, il existe un désir inconscient de « toute –puissance ».
Le sentiment d'impuissance est donc très déstabilisant. Il faut veiller à ne pas confondre l'impuissance et ce qui est impossible à faire !
Le sentiment d'impuissance vient convoquer l'intégrité psychique du soignant qui ne peut aider le patient à éviter la mort.

Lorsqu'un patient décède, ce qui est le plus insupportable c'est l'arrêt de la relation à l'autre, qui peut provoquer un vide, une absence, qui renvoie à des éléments archaïques de notre histoire.

Chaque personne a ses propres problématiques à régler et cela peut faire écho à celles du patient. Il faut donc y être vigilant !

Ainsi, reconnaître ses affects et les dire, c'est se donner un moyen de les reconnaître, de les apprivoiser. Parler, ça soigne !
Il est important de prendre soin de soi en se donnant les moyens d'être écoutés.

La médecine et son évolution, quelle conséquence sur les soignants ?

La médecine retient ce qui est objectif, elle retient les éléments, les faits, ce qui exclut le singulier, c'est-à-dire le sujet du corps malade.
Dans la logique binaire, tout problème doit trouver une solution, c'est pourquoi on parle de « conduites à tenir », de « protocoles ».
Même si cela peut être une guidance, les solutions sont parfois difficiles à trouver face à une plainte d'un patient ou face à un symptôme. Parfois les solutions ne sont pas trouvées malgré les tentatives de « résolution ».
C'est aussi cela qui fait souffrir le soignant, car il doit faire le deuil de la bonne réponse!!!
Bien des choses échappent à la médecine, mais comment entendre ces choses ?

Les soins palliatifs et la parole des personnes malades

Un bref rappel de la naissance des soins palliatifs qui ont émergé en 1986 (circulaire Laroque), au moment de l'ingénierie médicale.

Les soins palliatifs donnent beaucoup de place à la parole du patient, à ce qu'il veut, ce qu'il ne veut pas, en termes de soins proposés.
Le patient comprend bien qu'il peut parler à qui il le souhaite et cela arrive bien souvent au moment où le soignant d'y attend le moins.

Bien souvent lors des soins, le patient va venir déposer des affects qui peuvent déstabiliser le soignant qui, lui, reste en état d'émotions et de surprises.
Certains soignants peuvent ainsi dire « Mr m'a exprimé cela, mais je n'ai pas su quoi dire et quoi répondre ».

Qu'est ce qui est soignant dans tout cela ? L'acte de soigner c'est aussi réceptionner ces paroles difficiles sans y apporter de réponses forcément. L'interlocuteur est choisi de façon inconsciente, et ce n'est pas toujours le psychologue !
L'écoute active du soignant est déjà là un soin qui apporte de la sécurité, une contenance et une réassurance chez le patient.

En soins palliatifs, le temps de la mort est proche et c'est le temps où toute la problématique humaine est exacerbée.

Ainsi, tout en maintenant le secret professionnel, il est important de partager cela en équipe.
L'équipe pluridisciplinaire est ainsi le meilleur instrument pour être réceptacle des demandes du patient et de ce qu'il exprime.

Mais comment prendre soins de cet instrument ?

Le burn out des soignants en soins palliatifs.

Il existe une certaine dangerosité dans certaines relations, lorsque la mort est proche.

De M'Uzan explique que la personne choisie doit être suffisamment stable, pour ne pas se laisser entraîner dans *« l'orbite funèbre du mourant »*

La spécificité du burn out des soignants en soins palliatifs est le poids des transferts très archaïques sur les soignants, à cause de la régression que vivent les patients sur le plan physique et psychique.

Lorsque l'on travaille en équipe, en groupe, le travail d'adaptation n'est pas toujours facile.

Selon Freud, la souffrance nous attaque de 3 côtés : le corps et sa déchéance, le monde extérieur, ainsi que nos relations avec les êtres humains.

Dans la souffrance, les pulsions de vie et de mort, les pulsions d'amour et de haine s'entrechoquent.

Freud explique également que la mort est naturelle car elle est inévitable. Pourtant, l'inconscient ignore la mort et n'a pas de représentation.
Le soignant, bien qu'il ait conscience que dans le cadre de son travail il rencontrera la mort des patients, peut vivre des pulsions d'agressivité liées à un idéal ébranlé.

Par ailleurs, le soignant est souvent dans l'attente (parfois inconsciente) de réconcilier des familles, des couples, ou de faire disparaître un symptôme, dont la résistance dit clairement qu'il est nécessaire à l'équilibre du moment.

Les groupes de parole, à quoi ça sert ?

La participation à un groupe de parole n'est pas obligatoire, mais conseillée.

Le groupe de parole a deux fonctions :

- Fonction de protection : par la mise en mot des éprouvés, même si cela est difficile à faire comprendre.
- Fonction de construction et de maintien de l'équipe : le groupe de parole permet d'affronter les différences d'expériences, où l'on peut se parler, se disputer parfois (il existe des conflits structurants !)

Ces échanges sont moins dangereux que les non-dits qui, eux, engendreront des refoulements et des passages à l'acte.

Il peut y avoir certaines réticences de la part des soignants concernant ces groupes de paroles.
En effet, les soignants ont l'habitude d'être dans le « faire », dans un activisme qui les empêche de penser.
Pour certains, les paroles et les actions ne sont pas à concilier ! D'autres ont peur de recevoir de l'agressivité.

Certains expliquent qu'ils en parlent à l'extérieur. Mais quel risque cela a t-il ?
En parler en dehors du groupe consiste à libérer une parole certes, mais cette parole rebondit en miroir et s'annule aussitôt car elle n'est pas travaillée quant à son sens et quant au ressenti qu'elle laisse émerger.

Le groupe est ainsi le lieu de constitution et de solidification de l'équipe. La parole ne se réduit pas à parler, c'est aussi écouter.
En écoutant l'autre, on associe, on pense, l'expérience entendue de la part de ses collègues peut nous parler, nous faire écho et nous construire en retour.

Ainsi, comme dirait Eliane FELDMAN (2001), *« l'outil façonné, travaillé, qu'une équipe peut devenir, si elle accepte d'y consacrer du temps, de l'énergie, mais aussi du désir, est un progrès incontestable dans l'objectif de soins ».*

Voici quelques lectures qui étayeront les propos ci-dessus :

- JACQUEMIN, D., DEBROUCKER, D. Manuel de soins palliatifs : clinique, psychologie, éthique. *Dunod*, (2014).

- DELBROUCKE, M. « Burn out et médecine : le syndrome d'épuisement professionnel », *Cahiers de psychologie clinique* (p 121-132) (2007).

- FELDMAN-DESROUSSEAUX, E. (2001), « Le stress des soignants » et « Des enjeux de la parole au groupe de parole ».