

## Syndrome d'épuisement professionnel et conditions de travail (2/2)

*La charge émotionnelle des soignants, déjà forte en temps normal, s'accroît dans certaines situations, notamment face aux décès, à la douleur qui ne cède pas, à un état de déchéance...*

*S'interroger sur ses émotions et comprendre les processus psychologiques en jeu dans la relation d'aide constituent une exploration essentielle pour prévenir le burn-out.*

### 🔴 DÉFINITION DU RISQUE

Dans des situations extrêmes, réfléchir sur ses émotions et la mise en œuvre de la relation d'aide permet d'identifier, puis d'analyser ses propres fonctionnements et d'éviter de s'épuiser dans une répétition d'actes sans fin.

- **Comment accompagner le malade** et sa famille ?
- **Comment réintroduire le cycle de la vie** après la mort ?
- **Jusqu'où soutenir les patients ?**

La relation d'aide doit en effet respecter la juste distance entre

le malade et le soignant, et ce dernier doit s'adapter à chaque histoire relationnelle. Ces rencontres professionnelles sont l'occasion d'une épreuve en miroir, dans laquelle l'un et l'autre se découvrent à chaque fois.

### 🔴 PATHOLOGIE ET CONFRONTATION À SOI

■ **La violence psychologique** attachée à l'exercice de la profession infirmière oblige le soignant à repenser sa fonction, loin des premières illusions de sa carrière. Par exemple, lorsque la mort frappe de plein fouet, elle peut être suivie d'une insupportable culpabilité et d'un sentiment d'impuissance qui se confondent dans la même interrogation : « *Pourquoi ? Ai-je fait tout ce que je devais faire ?* » « *Le malade m'a-t-il fait des signes que je n'ai malheureusement pas su décoder ?* ». Elle est comme une intrusion au caractè-

rière existentiel, faisant douter le soignant de sa propre efficacité et de celle de la médecine (d'autant plus s'il y a eu acharnement thérapeutique).

■ **En outre, la difficulté à vivre la mort s'accroît** dans notre société de plus en plus "thanaphobe", où les progrès technologiques font oublier que la vie, c'est aussi la mort. Sujet rendu tabou, le drame humain lorsqu'il éclate fait effraction, provoquant des réactions de révolte et/ou de dépression.

■ **Concernant la douleur**, la problématique première repose

sur l'impuissance à soulager le malade. La souffrance ne s'apprend pas sur les bancs de l'école, elle se vit, et à quel prix ! Miroirs de leur propre histoire, les malades réactivent les fragilités des soignants et il est illusoire de croire qu'on y échappe. C'est pourquoi, se recentrer sur soi, afin de trouver du sens là où il fait défaut est incontournable pour le soignant. Temps, soutien et connaissance de soi sont les trois supports qui enrichissent les expériences et aident les blessures à cicatriser.

### 🔴 LA JUSTE DISTANCE

La relation d'aide est tellement impliquante qu'il arrive qu'en perdant l'autre, on en vienne à se perdre soi-même. Alternance entre amour et haine, protection et rejet... il faut prendre du recul et composer avec la juste distance.

■ **La relation d'aide génère et entretient l'ambition de bien faire**, renforçant le besoin d'utilité et d'indispensabilité. Dans ce lien tissé avec le patient, le soignant se nourrit du regard et de la reconnaissance de son malade, qui deviennent mo-

teurs pour lui.

■ **La non-délimitation entre l'histoire du soignant et celle du patient**, la fascination réciproque qui s'exerce parfois, la fusion enfin, issue de l'appropriation du malade, mettent en jeu des mécanismes psycholo-

### SÉRIE GESTION DU STRESS

- 1• Stress et syndrome d'épuisement professionnel
- 2• Facteurs institutionnels et organisationnels
- 3• SEPS et conditions de travail (1/2)
- 4• SEPS et conditions de travail (2/2)
- 5• SEPS et facteurs personnels
- 6• Identification du syndrome d'épuisement professionnel
- 7• SEPS et diagnostics différentiels
- 8• Communication et gestion de l'agressivité
- 9• Le harcèlement

## Syndrome d'épuisement professionnel et conditions de travail (2/2)

giques inconscients, à l'insu de chacun, mobilisateurs en même temps que fragilisants.

■ **L'altruisme et le don de soi** entraînent alors le soignant dans une implication démesurée, sans limitation de l'effort, pouvant empiéter sur sa vie pri-

vée. Dans la relation d'aide, savoir connaître ses limites est garant d'équilibre, sans quoi elle se confond avec le lien de dépendance. Le risque est grand alors de céder au sentiment de toute-puissance ou à celui d'infaillibilité, surtout

lorsque les efforts sont récompensés par l'amélioration ou la guérison des malades. La faille narcissique surgit le plus souvent avec l'échec, lorsque le soignant n'est pas préparé à vivre un décès, dont l'éventualité avait été refoulée.

### CAS PRATIQUE

Une élève IDE a la responsabilité de trois femmes âgées, hospitalisées en médecine interne, et s'entend particulièrement bien avec l'une d'entre elles : « Elle est un peu comme que ma grand-mère dont je me suis occupée

*jusqu'à la fin parce qu'elle habitait avec nous* ». Elle s'investit donc fort dans cette relation – « *son premier vrai malade* » –, lorsqu'un lundi matin, en entrant dans la chambre pour lui dire bonjour, elle trouve un nouveau malade

à la place de cette dame.

Le choc est grand, personne ne l'avait avertie du décès et rien ne l'avait laissé prévoir. L'élève infirmière se replie sur elle et ne parle pas de ce trouble.

### Les mécanismes psychologiques en jeu

Dans la relation d'aide, le soignant doit se protéger et adapter ses conduites pour ne pas être envahi par la sphère émotionnelle.

■ **L'identification.** La souffrance du patient provoque par ricochet celle du soignant. Ici, la patiente rappelle sa grand-mère à l'étudiante, et les deux situations d'aide se ressemblent. Une certaine fascination en miroir s'est exercée, trouvant racine dans des souvenirs plus ou moins conscients qui aboutissent à un phénomène d'appropriation de l'autre. L'identification accentue toujours la force des émotions.

■ **La projection** est un déplacement du regard porté sur l'événement. « *Je n'accepte pas que la vieille dame meure, donc j'imagine qu'elle non plus* ». D'où la réaction du type : « *Elle n'était pas prête* ».

### Que faut-il faire ?

L'institution est un acteur participatif direct pour améliorer les conditions de travail dans son volet relation d'aide. Par le biais du recrutement de psy-

■ **Le refoulement.** « *Je n'en parle pas; c'est trop douloureux* » ; « *Ça finira par passer, c'est le métier qui rentre* ». L'idée que les événements de type traumatique s'évacuent avec le temps est fautive. On ne les retiendra peut-être pas consciemment, mais ils resteront présents, enfouis, ne demandant qu'à resurgir, par exemple dans une situation qui ressemblera à celle qui a été refoulée. Non élaborée, la situation devient encombrante et ne permet pas de se positionner dans la juste distance ni de faire un choix.

■ **L'introjection.** « *Je l'aime tellement que je ne veux jamais la quitter* ». S'accaparer un patient, en faire « sa chose », est du domaine de la perte et mène au deuil impossible. En le voyant partir, le soignant se sent abandonné.

■ **La rationalisation.** « *C'est normal que cette patiente soit partie,*

chologues et l'élargissement de moyens pour la médecine du travail, elle contribue à prévenir le syndrome d'épuisement professionnel. Mais le collectif

*c'était son heure* ». Si l'élève avait pensé cela, elle aurait rationalisé la situation pour se protéger d'une émotion trop forte. Ce mécanisme de défense passe par l'éloignement, sur un mode inconscient.

■ **Le déni.** « *Ça ne se peut pas. Elle n'est pas morte, juste endormie* ». Ou encore « *Je ne me suis pas plus investie pour elle; j'aurais fait pareil pour les autres malades* ». Par le déni, on refuse de regarder quelque chose et de voir ses limites. Les mécanismes de défense sont inconscients et présents chez tout le monde. La relation d'aide « dérape » lorsque le comportement est systématisé en prenant appui de façon exagérée sur la base d'un des mécanismes cités ci-dessus. Trop mobilisé, un mécanisme perd alors sa vocation de protection pour devenir un fonctionnement.

ne gère pas à lui seul l'individuel. Il revient avant tout au soignant de se rencontrer avec lui-même en s'appuyant sur la base de l'empathie.

Fiche réalisée par  
**Aline Mauranges**,  
psychologue,  
Hôpital Tenon, AP-HP,  
Paris (75)  
En partenariat avec la  
MNH

