

Syndrome d'épuisement professionnel et facteurs personnels

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants (SEPS) est un état psychique identifiable et évaluable, ce qui confère une certaine objectivité à son dépistage. Il est évaluable par l'utilisation d'auto-questionnaires dont le plus connu et le plus performant reste le MBI - le Maslach Burn-out Inventory. Le SEPS est identifiable par ses symptômes, dépistés au moyen de cette même échelle, auxquels s'associent des signes cliniques et comportementaux.

👉 DÉFINITION DU RISQUE ET EXEMPLE DE SITUATION

■ **Tous les professionnels de la relation d'aide**, soignants, assistants sociaux, éducateurs, enseignants, psychologues... et sans doute aussi la mère de famille, le prêtre... sont concernés par le risque d'épuisement professionnel en raison de leur mise en lien avec la souffrance et les difficultés d'autrui.

■ **Exemple : une jeune infirmière diplômée de l'année** prend son premier poste à l'hôpital, dans

l'équipe d'un service de réanimation. Venue de province, elle a quitté sa famille restée en Bretagne et n'a pas encore eu le temps de se constituer un réseau d'amis parisiens. C'est donc seule qu'elle se lance dans la vie active. L'équipe est déjà constituée, la charge de travail s'annonce importante, l'organisation pêche parfois, l'ambiance est tendue et les malades lourds.

À elle de s'adapter sans perdre de temps et d'intégrer une équipe peu disposée à l'accompagner faute de temps et de moyens.

Si le syndrome d'épuisement professionnel ne touche pas les personnalités définies comme pathologiques, il se construit cependant sur la base de quelques paramètres personnels qui facilitent cette construction psychique.

👉 ASPECT SYMPTOMATOLOGIQUE DU BURN OUT

Trois symptômes constituent le syndrome d'épuisement professionnel apportant une compréhension de l'installation de l'usure mentale en milieu hospitalier. Si ces signes cliniques

n'ont rien de spécifiques puisqu'ils renvoient au tableau des anxieux dépressifs, en revanche, ils se construisent sur la base de la relation d'aide et se développent progressive-

ment au gré des dysfonctionnements organisationnels et institutionnels, tels que nous les avons identifiés dans les précédentes fiches.

L'épuisement professionnel

■ **L'épuisement professionnel** est autant physique que psychique. La personne a le sentiment d'être vidée et de ne plus pouvoir faire face à sa tâche. Toute situation est débordante.

■ **Le seuil de saturation émotionnelle est également atteint** : on parle de fatigue affective. Le contact avec autrui se modifie au point que la personne ne

peut plus accueillir d'émotion nouvelle.

■ **S'installant progressivement**, cet épuisement ne régresse plus avec du repos ou des vacances.

■ **L'épuisement émotionnel se caractérise par une labilité émotionnelle** : explosions de crises de larmes ou de colère et irritabilité dominante.

■ **On note parfois l'incapacité à**

exprimer ses sentiments, ce qui implique une modification du comportement tels la froideur ou l'hypercontrôle.

■ **La personne refuse d'agir ou de répondre**, même à une demande anodine.

■ **Sur le plan somatique**, outre la fatigue, on voit apparaître des céphalées, des troubles du sommeil et dorsaux.

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 facteurs personnels

La déshumanisation de la relation à l'autre

■ **Ce symptôme** est à considérer comme le noyau dur du SEPS.

■ **L'attitude à l'égard du patient se modifie**; celui-ci est de plus en plus perçu comme un "malade-objet" et non plus comme un "malade-sujet". On entend ainsi des descriptifs tellement scientifiques du corps du malade qu'ils déshumanisent le patient. On soigne l'organe avant l'homme, on parle

d'un numéro de chambre.

■ **La perception qu'a le soignant de son malade** tue la qualité première du lien relationnel. Le contact se caractérise par une importante sécheresse relationnelle et un détachement à l'égard d'autrui.

■ **Notons encore la méfiance** et l'usage de l'humour noir et grinçant. Les propos frisent le cynisme, s'apparentant à une

certaine maltraitance du soignant sur le patient.

■ **En équipe, le soignant se rigidifie**, émet des résistances excessives aux changements et adopte des attitudes négatives ou pessimistes.

■ **Au plan somatique**, les troubles persistent, touchant de nombreux organes, et les infections se multiplient: urinaires, gynécologiques, dermatologiques...

La diminution de l'accomplissement personnel

■ **Aboutissement des deux précédents symptômes**, la diminution de l'accomplissement personnel se repère à travers le sentiment d'improductivité et d'inefficacité dans le travail. Malgré les efforts énormes qui sont fournis, le soignant se sent impuissant face à ses responsabilités et à sa charge de travail. Il a le sentiment de ne plus savoir aider les autres et se sent frustré.

■ **L'image de soi est atteinte** et s'accompagne d'un doute de soi ainsi que d'un sentiment d'échec dévalorisant.

■ **La culpabilité** qui s'ensuit donne lieu soit à une fuite du lieu, anxiogène, donc à de l'absentéisme, soit à un "présentéisme" excessif.

■ **Le soignant finit par se démotiver de plus en plus**, jusqu'à vivre une véritable crise identitaire et professionnelle.

■ **Au niveau comportemental**, notons chez certains l'apparition du phénomène "d'incléance", ce sentiment de ne pas avoir le temps de tout faire en un temps donné, et qui occasionne dans la pratique professionnelle des heures supplémentaires librement choisies, empiétant largement sur la vie privée. Pour d'autres, il s'agira de mettre en place un comportement contra-phobique par l'évitement de la situation. Concrètement, cela donne un désir de fuite qui se matérialise par de l'absentéisme, une demande de changement de service et de mutation, ou des formations échappatoires.

■ **L'angoisse présente fait ressentir la réalité comme menaçante**, l'adaptation est mise en échec. Le soignant tente d'y remédier par l'auto-médication ou l'alcoolisation.

■ **Des troubles alimentaires**, le plus souvent boulimiques, se développent.

■ **L'altération de la sphère émotionnelle** est parfois dominée par l'incapacité à exprimer verbalement ses émotions ou ses sentiments, la limitation de la vie imaginaire, la tendance à recourir à l'action pour résoudre les conflits ou éviter la description détaillée des faits, des événements, des symptômes physiques.

■ **Véritable souffrance**, avec ce troisième symptôme, la boucle est bouclée, le professionnel est prisonnier d'une véritable crise existentielle. Sa motivation initiale ne le porte plus, il sombre dans la dépression.

■ **Palpitations cardiaques**, troubles digestifs s'ajoutent aux autres signes cliniques. Les versants affectif et cognitif sont altérés.

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

EN CONCLUSION

Le syndrome d'épuisement professionnel il n'est pas une maladie et n'est pas réservé aux personnalités dites fragiles.

C'est un état psychique pouvant toucher tous les professionnels trop engagés dans une relation d'aide sur fond de dys-

fonctionnements institutionnels. Non reconnu, cet état peut évoluer vers une dépression grave.

