

BURN-OUT: QUELLES STRATEGIES INCONSCIENTES SONT-ELLES MISES EN OEUVRE POUR FAIRE FACE ?

La confrontation aux stress oblige à mettre en place un processus adaptatif le plus efficace à la fois pour la personne et la situation.

Plusieurs stratégies inconscientes peuvent être alors mises en place par la personne pour faire face au burn-out.

I. LES STRATEGIES INDIVIDUELLES OU " COPING "

I.1. Les stratégies passives

L'évitement, le repli sur soi, l'isolement, le retrait psychologique ajoutés à des attitudes de résignation constituent les stratégies passives. Leur efficacité est limitée.

Un soignant qui n'a plus la même empathie à l'égard du patient et évite de répondre à ses sollicitations adopte une stratégie défensive passive. Ce comportement risque d'être mal interprété par le patient, et le reste de l'équipe (paresse, désinvolture ?).

Le retrait peut aussi être psychologique, avec un discours dominé par la rationalisation, la distanciation, l'isolement ou la dénégation. Le comportement peut être agressif ou teinté de signes dépressifs. L'entourage admet mal cette attitude car celle-ci renvoie au malaise ambiant qu'il convient d'occulter.

Le soignant peut nier la gravité d'une pathologie, et par conséquent faire preuve d'indifférence affective, et d'attitude ponctuelle.

On peut avoir généralisation du processus vers une anticipation systématique : le soignant ne veut plus s'occuper du malade ou l'approcher puisque " A quoi bon ? ".

D'autres au contraire vont entrer dans un tourbillon d'activité pour suspendre la pensée anxiogène. Bloquer sa réflexion permet de bloquer ses émotions, et le sens du travail prend une tournure de productivisme. Malheureusement au bout d'un certain temps le soignant ne peut faire face à la surcharge de travail et se rend compte qu'il n'a pas le temps de tout faire : le terme technique est l'incluse.

Ce type de comportement va déborder dans le milieu personnel où l'activisme est en bout de course improductif. L'angoisse se cristallise alors sur des actes, et non sur des pensées.

L'évitement quelle que soit sa forme, n'est qu'un répit temporaire.

I.2. Les stratégies actives

Le soignant n'hésite pas à entrer en relation avec autrui, aborde de front un problème et exprime verbalement ses émotions.

I.2.1. Le support social

Le soignant partage avec ses collègues, ses expériences, demande des conseils techniques, fait appel à l'environnement intra ou extra professionnel pour avoir des réponses organisationnelles. Il augmente son efficacité et sa compétence, se réfugiant dans l'accomplissement personnel.

1.2.2. L'esprit combatif

Cela rappelle la hardiesse dont on a précédemment parlé. Il s'agit d'un trait de personnalité se manifestant par une maîtrise personnelle des événements et une souplesse d'adaptation.

1.2.3. La croyance religieuse ou personnelle

Elle permet une sorte de lieu de contrôle interne. Par exemple si un patient décède, on peut dire que son heure était venue et donc le deuil se fait plus facilement.

Les deux types de stratégies (actives et passives) peuvent être alternativement utilisés en fonction des situations ou de l'historique des événements. Ce qui importe c'est que le soignant préserve son autonomie, qu'il maintienne son équilibre psychologique et sa motivation.

II. LES STRATÉGIES D'ADAPTATION COLLECTIVES

Christophe DEJOURS spécialisé dans l'étude de la souffrance au travail a défini comme objectifs :

- ↪ *Harmoniser les relations entre les personnes, entre le professionnel et son milieu de travail*
- ↪ *Mieux connaître les articulations entre l'individu et le travail*
- ↪ *Expliquer ce qui motive l'action humaine dans l'espace spécifique du travail*

La psychopathologie ou psychodynamique du travail cherche à comprendre le vécu du professionnel dans son rapport au travail.

Ce dernier est identifié en plus de l'ergonomie et des facteurs cognitifs par une poursuite de l'histoire personnelle et il devient un lieu de conquête et d'identité. La psychodynamique du travail prend donc en compte les désirs et aspirations inassouvis du soignant, et l'accomplissement de soi se réalise aussi au travail.

Le soignant peut investir, produire, construire, souffrir s'il a un sentiment d'utilité et un constat de réussite : il va donner sens à son travail et stimuler sa motivation.

La stratégie collective devient indispensable quand la situation devient extrêmement pénible, et s'unir dans l'adversité préserve la vulnérabilité individuelle, même si la souffrance reste singulière.

Les exemples suivants ne sont pas validés scientifiquement. Ils correspondent à des observations de terrain dans le champ hospitalier.

II.1. Le Dén

C'est la perception de la réalité qui est niée ; elles engendrent des conduites soit de défi soit de jeu. Certains soignants par exemple n'utilisent pas toujours de gants jetables pour s'occuper des sidéens en évoquant le mépris au malade, la baisse de sensibilité au toucher, le meilleur contact... .

Ou c'est le personnel qui fume sur des lieux à risque, par exemple.

C'est dans notre profession ne pas chercher à éviter la morsure ou le coup de sabot, c'est ne pas penser aux zoonoses potentielles, c'est ne pas prendre de protection au cours d'actes radiographiques, c'est penser que le chat agressif sera maîtrisé.

II.2. La coopération et l'auto-organisation

Elle explique les résistances aux changements dans certains services même quand les mesures sont sages. Ceci explique aussi les résistances aux changements techniques ou scientifiques, aux

fameuses données de la science. La résistance à l'autorité ordinaire, ou à l'entreprise, ou aux ordres de l'état, s'expliquent entre autre par ce facteur.

II.3. La collision

Elle s'exerce contre un ennemi commun. Cela peut être une nouvelle infirmière nouvellement diplômée qui applique ses récents acquis dans son travail avec enthousiasme ; au bout de quelque temps elle peut devenir le bouc émissaire du service. Cela peut être de sa faute parce qu'elle ne s'est pas correctement adaptée mais cela peut être la faute du groupe qui répètera ces séquences d'exclusion sur d'autres soignants.

Cela peut être le vétérinaire qui n'arrive jamais à avoir un bon remplaçant, une bonne auxiliaire, ou un employé qui n'arrive pas à fonctionner suivant ses habitudes à lui.

II.4. Le changement de statut ou le défi

De victimes passives, les soignants vont passer à la provocation ou à la dérision. Les membres de l'équipe en évoquant des sujets intimes ou personnels vont provoquer l'hilarité générale, parfois avec des mots crus, de la vulgarité.

Les personnes extérieures au service vont désapprouver en critiquant le manque de respect aux malades, ou la " paresse " de soignants qui traînent dans la salle des machines à café.

II.5. Le mode de protection contre les déviations

Pour se protéger de la décompensation, certaines soignantes vont par exemple voler les plateaux-repas des malades et " s'empiffrer " puis se faire vomir dans les toilettes. Ces comportements délictueux et addictifs où la soignante se cache de son propre malaise et des autres, n'existent pas quand un groupe est soudé. Ce comportement addictif pourra aller jusqu'au stupéfiants présents au sein de nos structures, et nous devons collectivement faire attention au comportement de nos relations de travail.

III. CONCLUSION PARTIELLE...

À l'évidence toutes ces stratégies ne sont pas payantes ni satisfaisantes pour le soignant, le malade et l'image des professions et même de l'institution.

C'est pourquoi, il faut envisager des solutions à ce syndrome d'épuisement qui peut toucher plus ou moins chacun, et qui peut aggraver l'état psychique de personnes fragiles psychologiquement.

IV. BIBLIOGRAPHIE

1. Sources: "le syndrome d'épuisement professionnel des soignants" Pierre Canoui/aline Mauranges editions masson

Résumé réalisé par Thierry Jourdan