

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 1992



106 015767 4

THESE N° 152

12

LE SYNDROME DE BURN OUT : ETUDE
CLINIQUE ET IMPLICATIONS EN
PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 02 Octobre 1992

par

Catherine FRANCESCHI épouse CHAIX

née le 27 Juin 1963 à Marseille

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER
Monsieur le Professeur DUMONT
Monsieur le Professeur GAROUX
Monsieur le Professeur RAIX
Monsieur le Docteur THERME

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité



Ex 3

Sibid₁

L19485

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 1992

THESE N° 152

LE SYNDROME DE BURN OUT : ETUDE
CLINIQUE ET IMPLICATIONS EN
PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 02 Octobre 1992

par

Catherine FRANCESCHI épouse CHAIX

née le 27 Juin 1963 à Marseille

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur LEGER
Monsieur le Professeur DUMONT
Monsieur le Professeur GAROUX
Monsieur le Professeur RAIX
Monsieur le Docteur THERME

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
 - ASSESSEURS : Monsieur le Professeur PIVA
 Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean Paul	Ophthalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean Paul	Chirurgie orthopédique et
Traumatologique	
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOUQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie Pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Rhumatologie
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation
chirurgicale	
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-
Cytogénétique	
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle

LASKAR Marc vasculaire	Chirurgie thoracique et cardio-
LAUBIE Bernard métaboliques	Endocrinologie et Maladies
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes
LEROUX-ROBERT Claude	Néphrologie
LIOZON Frédéric	Clinique médicale A
LOUBET René	Anatomie pathologique
MALINVAUD Gilbert	Hématologie
MENIER Robert	Physiologie
MERLE Louis	Pharmacologie
MOREAU Jean-Jacques	Neurochirurgie
MOULIES Dominique	Chirurgie infantile
OLIVIER Jean-Pierre	Radiothérapie et Cancérologie
OUTREQUIN Gérard	Anatomie
PECOUT Claude	Chirurgie orthopédique et
Traumatologie	
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine	Parasitologie
PILLEGAND Bernard	Hépathologie-Gastrologie-
Entérologie	
PIVA Claude	Médecine légale
RAVON Robert	Neurochirurgie
RIGAUD Michel	Biochimie
ROUSSEAU Jacques	Radiologie
SAUTEREAU Denis	Hépto-Gastro-Entérologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-Rhino-Laryngologie
TABASTE Jean-Louis	Gynécologie-Obstétrique
TREVES Richard	Thérapeutique
VALLAT Jean-Michel	Neurologie
VANDROUX Jean-Claude	Biophysique
WEINBRECK Pierre	Maladies infectieuses

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES
ADMINISTRATIFS**

POMMARET Maryse

A YVES,

A MA FAMILLE,

A TOUS MES AMIS,

AUX INFIRMIERES ET INFIRMIERS qui ont bien voulu me consacrer un peu de leur temps et de leur patience : MES PLUS VIFS REMERCIEMENTS.

SPECIAL THANKS: Hélène CUBELIER
Francis MARCHAN
DANIEL ET SOPHIE
Docteur LAPLAUD.

Monsieur le Professeur Jean-Marie LEGER.
Professeur des Universités de Psychiatrie d'Adultes.
Psychiatre des Hôpitaux.
Chef de Service

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury. Nous tenions à vous remercier pour la qualité de la formation clinique dont nous avons bénéficié dans votre service.

Monsieur le Professeur Daniel DUMONT.
Professeur des Universités de Médecine du Travail.
Médecin des Hôpitaux.

Vous nous avez inspiré ce travail. Nous vous remercions pour vos connaissances et votre grande disponibilité.

Monsieur le Professeur Roger GAROUX.
Professeur des Universités de Pédopsychiatrie.
Psychiatre des Hôpitaux.
Chef de Service.

Nous avons abandonné l'idée du temps dans votre service. Ceci nous a permis d'apprécier vos connaissances qui ont été d'un apport indispensable à notre pratique.

Monsieur le Professeur Alain RAIX.
Professeur des Universités de Médecine du Travail.
Praticien Hospitalier.

Vous avez accepté avec enthousiasme de juger ce travail. Nous vous en remercions et sommes honorés de votre présence parmi nous ce soir

Docteur Jean François THERME.
Psychiatre.
Chef de Clinique Assistant.

Une aide précieuse, toujours claire et rigoureuse. Je te remercie de m'avoir guidée et encouragée dans ce travail.

ERRATUM

KIELHOLZ P. :
"Clinique, diagnostic différentiel et traitement des
états dépressifs"
Acta Psychosom. Docum. Geigy, 1959, 1 : 19-22

PLAN

INTRODUCTION.

PREMIERE PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL.

1) Définition.

2) Historique.

2 a MEYERSON.

2 b LE GUILLANT, BEGOUIN, SIDAVON.

3) Evolution ultérieure de la psychopathologie du travail.

3 a C.VEIL, R.AMIEL.

3 b A.F.ZOILA.

4) Les théories de C.Dejours.

4 a APPROCHE PSYCHANALYTIQUE EN PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL.

4 b HYPOTHESES THEORIQUES DEVELOPPEES PAR DEJOURS.

- La charge psychique du travail.
- Souffrance, anxiété, idéologie défensive des métiers.
- L'insatisfaction au travail.
 - * le contenu significatif.
 - * le contenu ergonomique.

5) Insatisfaction au travail et maladies mentales.

DEUXIEME PARTIE : LE BURN-OUT.

1) Emergence du concept en 1974 : Freudenberger.

2) Descriptions ultérieures du burn -out.

- 2 a HYPOTHESE DE MASLACH.
- 2 b PINES, ARONSON, KAFRY.
- 2 c CHERNISS.
- 2 d EDELWICH ET BRODSKY.AUTRES AUTEURS.
- 2 e LE BURN-OUT EN 1980 VU PAR FREUDENBERGER.

3) Le burn -out en Europe.

- 3 a EN FRANCE.
- 3 b EN SUISSE.

4) Echelles de mesure du burn -out.

- 4 a M.B.I. : PRESENTATION ET UTILISATION.
- 4 b LE TEDIUM MEASURE ET SA COMPARAISON AU M.B.I.
- 4 c LE MODELE EN HUIT PHASES DE GOLEMBIESKY.

ANNEXES : M.B.I ET TEDIUM MEASURE.

5) Les conséquences du burn-out et les mesures préconisées.

- 5 a LES CONSEQUENCES.
- 5 b MESURES PRECONISEES CONTRE LE BURN-OUT.
 - Pour Freudenberger.
 - Pour Maslach.
 - Pour Lauderdale.
 - Pour Macinick.
 - Pour Grantham.
 - Enfin pour Masson.

TROISIEME PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE DU BURN-OUT.

1) Hypothèses concernant le burn -out lui même.

- 1 a LES PROFESSIONS A RISQUES POUR LE BURN-OUT.
- 1 b LES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.
- 1 c LES APPROCHES PSYCHANALYTIQUES.
- 1 d LES PERSONNALITES PREDISPOSANTES AU BURN-OUT.

2) Où se situe le burn -out ?

- 2 a TROUBLES DE L'ADAPTATION ET BURN-OUT.
 - Burn-out et désadaptation sociale.
 - Trouble de l'adaptation et pathologie psychiatrique.

ANNEXES : Troubles de l'adaptation (Tableaux 1 et 2)

- 2 b STRESS ET BURN-OUT.
 - Rappel historique et évolution actuelle du stress.
 - Facteurs de stress professionnels et burn-out.
 - * conflit et ambiguïté de rôle.
 - * le stress relationnel.
 - * le déroulement de la carrière professionnelle.
 - Les modes de réponses au stress et au burn-out.
 - * rappels théoriques.
 - * coping et burn-out.

- 2 c DEPRESSION ET BURN-OUT..
 - Dépression d'épuisement ou "maladie des dirigeants".
 - Dépression essentielle de l'école psychosomatique.
 - Comparaison burn-out et dépression par évaluation quantitative.

- 2 d ANXIETE ET BURN-OUT.

QUATRIEME PARTIE : ETUDE DU BURN-OUT AUPRES D'UNE POPULATION D'INFIRMIER(E)S.

1) Matériel et méthode.

1 a LA POPULATION CHOISIE.

1 b LE CONTENU DE L'ENQUETE.

- Données descriptives générales.
- Echelles d'auto évaluation.
- échelles d'hétéro évaluation.

2) Résultats (Graphiques).**CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION.****1) Commentaires des résultats de l'enquête.****2) Qu'a t'on évalué au travers de l'échelle de burn-out appliquée à notre population ?**

2 a UN EFFET DU STRESS PROFESSIONNEL.

2 b EVALUATION D'UNE ANXIETE.

2 c EVALUATION D'UNE DEPRESSION.

3) Implications en psychopathologie du travail.**CONCLUSION.****BIBLIOGRAPHIE.**

INTRODUCTION

Le travail est une loi universelle de l'humanité qui place l'homme dans une certaine ambivalence : travailler est une nécessité ("gagner sa vie"), une source de progrès moral et matériel, mais c'est aussi une souffrance psychique et physique ("se tuer au travail").

Avec l'avènement de la société post industrielle, le travail s'est vu allégé par les progrès technologiques, surveillé par des lois protectrices, compensé par les vacances et les loisirs.(Amiel, 1989).

Or, depuis l'après guerre, il a été de plus en plus question de la fragilité de l'équilibre psychologique des travailleurs, de leur "fatigue", à l'image par exemple de "la maladie des dirigeants" ou de "la névrose des téléphonistes et des mécanographes".

Les enjeux de la toxicité du travail sur la santé mentale ont fait l'objet d'une réflexion grandissante qui a donné naissance à une nouvelle "discipline" : **la psychopathologie du travail** dont nous exposerons les origines et le développement dans la première partie de notre travail.

Si, grâce à la psychopathologie du travail, le couple "travail-fatigue" est devenu évident dans sa notion de souffrance, il en est un autre qui s'est progressivement dessiné : celui de "profession-épuisement". La profession renvoie à un acte de parole qui engage l'individu dans son identité sociale. L'épuisement évoque la métaphore du puits qui est devenu sec (Lebigot et Lafont, 1985).

Nous nous sommes intéressés à cet épuisement professionnel parce que tout d'abord, en tant que trouble psychopathologique, il implique à plus ou moins long terme l'intervention nouvelle du psychiatre ou du psychologue sur les lieux du travail. Ensuite, parce que cet épuisement semble prendre des proportions grandissantes à l'image du syndrome de "**burn-out**" décrit aux Etats-unis et au Canada.

Le "burn-out" est le plus souvent traduit par "syndrome d'épuisement professionnel" en discours francophone. Il se développe dans les professions d'aide et de responsabilité envers autrui (enseignement, soin, soutien social ou judiciaire.....).

Notre deuxième partie présentera donc ce qu'est ce syndrome depuis sa description initiale en 1974 par Freudenberger, psychanalyste américain, jusqu'à son évolution actuelle.

Nous verrons comment au fil des années et au prix d'une abondante littérature son sens original s'est élargi, déformé, dilué.

Actuellement, son utilité est perdue de vue, son entité nosologique (à supposer qu'elle existe) est mise en doute devant l'absence de spécificité du concept. Ainsi, le "burn-out" serait devenu bel et bien victime de sa popularité, tel un phénomène de mode.

Il n'a pas épargné l'Europe, où on le voit de façon moins appuyée, occuper un espace situé entre médecine du travail et psychiatrie (espace concernant la santé mentale du sujet en situation de travail).

Cet engouement ne doit pas laisser indifférent : le concept de "burn-out", outre des hypothèses théoriques et une réflexion clinique parfois solides, a impliqué la création d'échelles de mesures et d'infrastructures de soutien professionnel pour pallier aux conséquences coûteuses qui lui sont attribuées : absentéisme, troubles mentaux ou somatiques divers, voire au contraire "présenteisme apathique" entravant un bon déroulement du travail à effectuer.

Au cours de notre pratique d'interne en psychiatrie nous avons eu l'impression de rencontrer un certain épuisement au sein des équipes infirmières voire d'expérimenter personnellement un certain découragement dans le cadre de situations de soins.

Peut-on dire alors qu'il s'agissait du "burn-out" ? Quelle serait ainsi sa validité transculturelle ? Ne ressemble-t-il pas aux résultats déjà plus anciens et connus des recherches sur le stress au travail ? Et quelle est sa relation avec d'autres pathologies psychiatriques (dont on veut tant le démarquer) qu'elles soient adaptative, dépressive ou anxieuse ?

Nous avons donc retenu pour notre étude des interrogations forcément réductrices : le "burn-out" peut-il se rencontrer dans un système de soin français ? Nous en doutons, mais si tel est le cas il faut bien préciser ses rapports avec le stress, un éventuel noyau dépressif, une anxiété névrotique.

Pour tester ces hypothèses, nous avons choisi une population d'infirmier(e)s travaillant dans les unités de psychogériatrie du C.H.S Esquirol. En effet comme nous le verrons, les professions de santé sont tout particulièrement exposées au "burn-out".

Nous essaierons tout d'abord de vérifier dans quelle proportion le syndrome de "burn-out" se répartit dans cet échantillon ainsi que ses rapports cliniques avec la dépression, l'anxiété et le stress.

La discussion s'articulera autour des notions d'identité et de spécificité clinique et psychopathologique du "burn-out" et proposera une réflexion en terme de psychopathologie du travail.

PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL

1) Définition.

Selon Christophe Dejours (1980 a, 1982, 1989), la psychopathologie du travail "étudie le rapport psychique de l'homme au travail".

La démarche initiale trouve son intérêt dans l'étude des conséquences du travail sur la santé mentale des travailleurs et sur les conditions de la transformation éventuelle du travail. Un travail peut être de ce fait reconnu comme pathogène (si ses conséquences sont néfastes) ou au contraire structurant (si ses effets sont favorables sur la santé mentale).

Doppler et Godard (1990) constatent avec regret que le terme de psychopathologie du travail a le plus souvent une représentation floue ou hétérogène pour les différents intervenants (médecins du travail mais aussi psychiatres, sociologues, ergonomes....).

Il est difficile d'obtenir une définition "officielle" tant le terrain est déjà balisé par différentes approches toutes aussi légitimes.

Il serait de ce fait plus juste de parler "des psychopathologies du travail" et d'en faire non pas une discipline mais "un axe de recherche sur lequel de multiples modèles viendraient se greffer". Dans cette optique la psychopathologie du travail permettrait une approche nouvelle par la création d'une clinique spécifique en situation de travail.

Nous allons exposer comment et quand la psychopathologie du travail est apparue. Il s'agit d'une apparition "récente" puisque la majorité des auteurs la situe vers la fin de la deuxième guerre mondiale.

Nous verrons ensuite les différents courants dont elle a bénéficié et nous nous attarderons sur les théories actuelles de C. Dejours qui, de l'avis de tous, a apporté indéniablement une impulsion nouvelle à cette réflexion.

En préambule nous préciserons que l'ensemble des auteurs cités travaillent fréquemment ensembles, du moins c'est l'impression que nous avons eue en lisant leurs différents ouvrages et communications.

2) Historique.

2 a MEYERSON.

C'est en 1941 que Meyerson signale que l'on peut considérer le travail comme une "véritable conduite psychologique".

En 1955, dans "le journal de psychologie", il continue dans la même voie et parle du travail en tant que "fonction psychologique", c'est à dire une conduite par laquelle "l'homme se fait et se défait"(A.F.Zoïla, 1989 a)

A.F.Zoïla attribue le mérite à Meyerson d'avoir ainsi apporté une position nouvelle par rapport au cadre classique de la relation homme-travail. Nous rappellerons succinctement que cette relation homme-travail prend un relief particulier à cette époque du fait de l'évolution même des sociétés occidentales. Après le XIXième siècle avec son développement du capitalisme industriel et de lutte pour la survie ("vivre pour l'ouvrier, c'est ne pas mourir" cité par Dejours), un nouveau mouvement va se mettre en place après la première guerre mondiale en France : reconnaissance des maladies professionnelles en 1919, Comité consultatif des accidents du travail, semaine des 40 heures et congés payés en 1936. Il aboutit en 1941 à l'institutionnalisation de la médecine du travail, à la création de la sécurité sociale en 1945 et des comités d'hygiène et de sécurité en 1947 (Dejours,1980 a).

Mais, après l'intérêt porté ainsi pour le "corps" de l'ouvrier, est apparu de façon secondaire un intérêt pour l'équilibre psychique de l'homme au travail.

En France la psychopathologie du travail naît dans les années cinquante sous le nom de quelques précurseurs :

2 b LE GUILLANT, BEGOUIN, SIVADON.

Leurs travaux vont inaugurer les recherches psychopathologiques dans le monde du travail vers 1950.

Les notions d'adaptation et de réadaptation dominent leur thèse. Cette valeur structurante du travail trouve en partie son origine dans les expériences réalisées en institutions psychiatriques à partir de l'apport de la psychothérapie institutionnelle et du développement de l'ergothérapie pour les malades mentaux (Godard, 1987).

Sivadon présente ainsi l'activité professionnelle comme moyen privilégié de réinsertion sociale, donnant naissance à des structures telles que les centres d'aide par le travail ou les ateliers protégés.

Cette analyse s'étend également à l'étude de la désadaptation de l'homme au travail selon une nosographie médico-psychiatrique classique. Cette nosographie a le défaut, selon Godard, d'éluder l'organisation du travail au profit d'une individualisation des conflits.

En effet, selon Le Guillant, le milieu du travail est considéré comme agressif et pathogène (au niveau de ses conditions) et crée un affrontement bilatéral entre "ce qui était déjà là" et "ce qui est créé par le travail"(A.F.Zoïla, 1989 b).

C'est dans cet esprit qu'il décrira "la névrose des téléphonistes (Le Guillant et al.,1956) et des mécanographes" (Le Guillant et Bégouin 1957). Il s'agit d'une "névrose" au sens expérimental du terme (conditionnement répondant au type I ou Pavlovien) qui s'appuie sur des théories comportementales (Dejours, 1982).

Les auteurs décrivent un "syndrome spécifique résultant d'une tâche spécifique". Chez les opératrices de téléphone, le syndrome comprend des lapsus, actes manqués ainsi qu'un "syndrome subjectif de fatigue nerveuse" et le mécanisme en est la contamination avec irruption du travail dans la vie domestique.

Dejours qui reconnaît l'intérêt de cette description et la respecte, regrette l'emploi abusif de termes psychanalytiques (lapsus, actes manqués) en dehors de leur champ d'application, ce qui risque de créer un malentendu sur l'explication du trouble observé.

Ultérieurement les études dans le milieu du travail (tâches répétitives et monotones) n'ont pas été développées.

3) Evolution ultérieure de la psychopathologie du travail.

3 a C.VEIL, R. AMIEL.

C.Veil, en 1964, a choisi de considérer non plus les conditions de travail mais son organisation (les conditions renvoient à l'environnement physique, biologique ou chimique, aux conditions d'hygiène et de sécurité alors que l'organisation considère la division des tâches, leur contenu, la responsabilité, le rapport à la hiérarchie.....).

Pour lui, la désadaptation du sujet face aux impératifs de l'organisation n'est plus l'élément majeur mais ce qui est important est de considérer l'inadéquation de cette organisation au regard de ce que l'on connaît du fonctionnement psychique (Godard, 1987)..

R.Amiel (1985) a été séduit par l'expression employée par le Pr Y.Pélicier de "migrant fonctionnel" pour désigner l'homme dans la société occidentale actuelle qui est contraint à un effort continu d'adaptation et "d'acculturation" du fait de l'évolution sociale.

La charge mentale ainsi accrue semble être à l'origine de pathologies "socialement acceptables (assecuroses)" avec un rôle favorisant non négligeable des médecins ("iatrogénie").

Ces pathologies ne relèvent plus du schéma classique qui dichotomise les maladies aiguës nécessitant des "soins", et les maladies chroniques impliquant une réadaptation. Ceci a fait place, selon Amiel toujours, à une psychopathologie "bâtarde" comme l'illustrent le "nervous break down" des Anglo saxons ou le "burn-out" des Américains.

Pour n'en être pas moins bâtardes, ces pathologies sont authentiques et comprennent autant de détresse psychologique (fatigue, honte, tristesse) que de conduites inadaptées (absentéisme, accidents, pharmacodépendance) ou encore d'incidents psychopathologiques avérés (dépressions d'épuisement, anxiété).

Le recours à la psychopathologie du travail dans ce contexte offre la possibilité au médecin d'intégrer des données cliniques nouvelles et surtout de réaliser une prévention de ces mal-adaptations.

Outre le rôle du médecin (généraliste, du travail ou psychiatre), la prévention doit passer par l'individu qui doit "s'auto éduquer" sur un plan socio-sanitaire.

3 b A.F.ZOILA

Cet auteur, inspiré à la fois de l'école de Meyerson et dans une moindre mesure du modèle adaptatif que nous venons de présenter, a contribué à élaborer selon Godard (1987) une "anthropo-phénoménologie du travail".

L'activité professionnelle se présente comme un lieu privilégié où se jouent les rapports de l'individu et de son environnement socioculturel.

A.F.Zoïla (1989 b) écrit "l'homme fait le travail et le travail fait l'homme". C'est dans cette notion d'élaboration de la personne par son travail que se trouve la dimension anthropologique (c'est à dire à la fois économique, sociale et historique).

La dimension historique se sépare en deux versants : l'historicité et l'historialité. L'historicité concerne une série de faits humains repérables et objectivables pour l'individu et pour les autres. L'historialité est une série

d'actes de langage, de représentations mentales...autant d'aspects intérieurs qui ne se réduisent cependant pas à la subjectivité. Ainsi : "l'homme chemine en faisant son histoire qui s'inscrit dans l'Histoire (de tous les hommes et de toutes les situations traversées par l'homme)".

Les références théoriques de A.F.Zoïla font appel à la philosophie et ses exposés s'appuient sur des citations de Nietzsche et de Heidegger. Le postulat choisi par A.F.Zoïla est que "la personne est et demeure inachevée, que les humains ont à apprendre à être".

Un sujet peu ou mal élaboré aura tendance à rompre son équilibre précaire d'autant plus facilement que les conditions extérieures l'auront sollicité de manière trop forte, trop prolongée. Dans le travail, un tel sujet peut souffrir parce qu'il se vit exclu de son propre temps et qu'il n'a pas la possibilité d'accorder sa propre histoire à son poste, à son mode opératoire ou aux relations interpersonnelles.

Les interprétations psychopathologiques de A.F.Zoïla (1989 b) sont basées sur un modèle de "sites". Un site est "une création, une organisation, un monde d'artifices et de médiation fabriqué par l'individu". Il existe un site global et des sites spécifiques (autour de chaque activité). C'est l'adéquation, la maîtrise et l'harmonie de ces sites qui permettent d'éviter les ruptures occasionnant la souffrance.

Il existe dans ce modèle une place pour le désir qui peut s'investir d'autant mieux que le système des sites est moins rigide. En matière de travail, "la souplesse du système dépend à la fois de l'employeur et du travailleur et de leur capacité mutuelle à acquérir plus de savoir être".

Nous en sommes arrivés à un aspect pratiquement "existential" dans l'étude des rapports de l'homme au travail et l'emploi de termes tels que "souffrance", "désir"...permet de présenter maintenant les théories de C.Dejours qui ont enrichi les échanges entre tous les intervenants concernés par la psychopathologie du travail.

4) Les théories de C.DEJOURS.

L'approche de C. Dejours combine sa dualité professionnelle (il est à la fois psychiatre et médecin du travail) et son intérêt pour les théories psychanalytique et psychosomatique .

Ainsi, nous lui devons, comme l'écrit A.F. Zoïla (1989 a), d'avoir contribué à faire entrer la psychanalyse "par la grande porte" dans le monde du travail. C.Dejours a publié en 1980 un ouvrage intitulé " travail : usure

mentale. Essai de psychopathologie du travail" dans lequel il pointe les souffrances inapparentes et l'intériorisation des contraintes de travail essentiellement dans le monde ouvrier.

Nous exposons dans un premier temps comment C.Dejours situe la psychopathologie entre l'histoire individuelle et le travail (approche psychanalytique en psychopathologie du travail) puis nous présenterons ses hypothèses théoriques (charge psychique du travail, souffrance, anxiété et idéologie défensive des métiers, insatisfaction dans le travail, insatisfaction et maladies mentales).

4 a APPROCHE PSYCHANALYTIQUE EN PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL.

La psychanalyse au sens strict tient compte des sources endogènes de la souffrance chez un individu. Ces dernières trouvent elles mêmes leurs origines dans l'histoire précoce du sujet, c'est à dire dans l'organisation psychique qui se met en place lors des trois à cinq premières années de la vie (Dejours, 1982).

Ainsi, les échecs, les souffrances, les maladies mentales sont autant de décompensations liées à une faillite préexistante. Dans cette optique, le travail est envisagé comme révélateur de cette faille, il ne peut à lui seul être responsable du désordre. Ceci fait dire à Dejours (1982) que : "le radicalisme psychanalytique disqualifie de fait la psychopathologie du travail".

Doppler et Godard (1990) s'interrogent un peu de la même manière : "est-il légitime d'étendre à la situation de travail l'usage de concepts psychanalytiques forgés à partir d'une relation duelle ?" Il semble que oui si l'emploi des théories psychanalytiques est fait en connaissance de cause et de manière prudente.

Freud a d'ailleurs proposé un certain nombre d'explications concernant l'articulation de l'appareil psychique et du champ social incluant le travail, en particulier dans le rôle sublimatoire attribué à certaines activités. Ces activités sont celles qui sont librement choisies, créatrices ou complexes, ce qui n'est pas le cas de la majorité des professions.

Pour C.Dejours (1982) se pose la question essentielle : "qu'est-ce qui fait les différences entre un cadre supérieur insatisfait de son travail et un ouvrier de l'industrie mécanique ?" : au choix névrotique du cadre malade de son travail s'oppose sans doute d'après l'auteur la limitation du choix du jeune ouvrier obligé de faire un travail qui ne lui plaît pas. Le travail dans ce

deuxième cas est alors une contrainte psychique pathogène contre laquelle l'individu va élaborer des défenses.

L'étude de ces défenses est primordiale pour C.Dejours (1980 a) : "toute conduite, toute posture tout discours même lorsqu'ils paraissent aberrants pour l'observateur extérieur ont toujours une légitimité". Ces conduites ont une fonction précise dans l'économie du sujet vis à vis des contraintes réelles du travail.

Mais de par leur rôle propre de défense, elles vont s'opposer à l'émergence de la souffrance et il faudra par une approche "compréhensive" aller à la recherche du sens que ces conduites et ces discours ont pour le travailleur.

La sommation au niveau collectif de ces psychopathologies individuelles représenterait finalement la psychopathologie du travail.

Dans ce cadre, C.Dejours (1982) se demande si il n'y aurait pas une clinique spécifique à la situation de travail, non réductible à des affections répertoriées dans la nosographie classique.

Cette question reste un axe de recherche actuel et futur dont la trame serait pour l'essentiel formée par les notions que nous allons exposer maintenant.

4 b HYPOTHESES THEORIQUES DEVELOPPEES PAR C.DEJOURS.

La charge psychique de travail.

Il s'agit d'une notion qui rend compte de la participation affective de l'homme à sa situation de travail. Cette entité se place à côté de la charge physique (conception physiologique classique, base de l'ergonomie) et de la charge mentale (à la fois psychosensorielle et cognitive). Elle inclue des "phénomènes d'ordre psychologique, psychosociologique, voire sociologique : variables comportementales, caractérielles, psychopathologiques, motivationnelles etc..."(Dejours 1980 b).

La charge psychique n'est pas quantifiable au même titre que la charge ergonomique. L'évaluation est avant tout qualitative, dans toute la variété et la difficulté qu'offre la subjectivité du rapport homme-travail. La charge psychique est reliée à l'adéquation entre la structure mentale de l'individu et l'organisation du travail. Par "organisation", C.Dejours entend comme C.Veil la division et le contenu des tâches, l'encadrement, le degré de responsabilité. En réponse aux contraintes organisationnelles s'élabore donc cette charge

psychique selon la personnalité de l'individu. Lorsqu'un travail permet la diminution de la charge psychique il est dit "équilibrant", source de plaisir, dans le cas contraire, le travail est dit fatiguant, source d'insatisfaction et de "souffrance", cette dernière notion étant particulièrement importante en psychopathologie du travail.

Souffrance, anxiété, idéologie défensive des métiers.

La souffrance, résultat d'une accumulation de "charge psychique", est le lieu d'investigation privilégié de la psychopathologie du travail pour C.Dejours. Elle représente un équilibre instable situé en deçà de la maladie mentale. Cette souffrance commence selon l'auteur quand l'homme au travail ne peut plus apporter aucun aménagement à sa tâche dans un sens qui serait plus conforme à ses besoins physiologiques et à ses désirs psychologiques, en somme lorsque le rapport "homme-travail" est bloqué (1980 a).

La souffrance est le plus souvent "masquée" et sa mise en évidence est difficile puisque le clinicien aura à faire à une "séméiologie par défaut" à type d'"effacement des comportements libres". De plus, la forme que revêt cette souffrance change avec le type d'organisation du travail.

Selon C.Dejours (1982), un travail répétitif et monotone crée une insatisfaction, les tâches dangereuses exécutées en groupe donnant naissance à une anxiété spécifique. Les défenses élaborées pour lutter contre ces différentes formes de souffrance fonctionnent selon une logique rigoureusement organisée et on peut les retrouver au niveau individuel comme au niveau collectif. Lorsque les "stratégies collectives de défense" servent de base à la construction d'un système de valeur, deviennent un but, C.Dejours les regroupe sous le vocable d'"idéologie défensive de métier" (Dejours et Abdoucheli, 1990).

Il a particulièrement étudié ce phénomène chez les ouvriers du bâtiment qui présentent des comportements de défi vis à vis du risque, une résistance aux consignes de sécurité paraissant paradoxaux pour un observateur extérieur. Or de telles conduites ont un rôle précis, celui de former une cohésion entre les ouvriers ainsi qu'un mode de reconnaissance immédiat et un moyen de sélection et d'exclusion des travailleurs qui contrôlent mal leur peur.

Par ailleurs, cette idéologie défensive, si utile pour la cohésion du groupe, trouve un intérêt auprès de l'employeur puisqu'elle permet d'espérer une bonne productivité en faisant obstacle à l'expression du malaise réel (anxiété réactionnelle à la peur) ressenti par les ouvriers.

Pour que s'élabore une idéologie défensive de métier, il faut une souffrance vécue par la collectivité ouvrière au sein d'un travail d'équipe.

Un des aspects évoqués de la souffrance est l'insatisfaction dont nous allons développer les différentes caractéristiques en situation de travail.

L'insatisfaction au travail.

Pour comprendre d'où provient l'insatisfaction dans le travail, Dejours (1982) sépare la tâche en deux contenus : le contenu significatif et le contenu ergonomique.

*** Le contenu significatif :**

Il est d'une part concret : c'est le sens de la tâche vis à vis des valeurs sociales et idéologiques du moment (y compris le salaire et son corrolaire, les loisirs).

Il est d'autre part plus symbolique, plus abstrait, et devient alors un lieu d'articulation entre les pulsions, les désirs, les fantasmes et la forme du travail c'est à dire les issues que le travail peut offrir à l'excitation et à la sublimation.

Ainsi, une tâche pourtant socialement valorisée peut quand même être la source d'une insatisfaction du fait d'un non investissement imaginaire de la part du travailleur.

Pour équilibrer au mieux le désir et la réalité, certaines conditions sont nécessaires :

- une structure mentale apte au jeu du fantasme.
- un libre choix de la tâche pour offrir un champ d'expression à la production fantasmatique et au plaisir.
- une organisation du travail souple et un contenu ergonomique assez complexe et mobile.

Dejours précise (1989) que le plaisir dans le travail sera favorisé par une tâche de "conception" en opposition à celle d' "exécution". Il préfère ces termes à ceux plus classiques de tâche "intellectuelle" ou "manuelle" un peu dépassés et qui représentent mal la mise en jeu du processus de sublimation.

L'inadéquation entre le contenu significatif de la tâche et le fonctionnement mental du sujet crée une insatisfaction d'autant plus que le travail sera divisé, ne laissant aucune place au fantasme. L'exemple en est le travail taylorisé qui représente selon Dejours (1982) un modèle expérimental de névrose du comportement.

*** Le contenu ergonomique :**

Le contenu ergonomique du travail est au contraire du précédent la composition réelle de la tâche avec ses exigences psychosensorielles, psychomotrices et intellectuelles / cognitives.

L'équilibre, là encore, entre ces exigences et le mode opératoire de l'individu conditionne la satisfaction ou la frustration mais dans un registre un peu différent du précédent puisqu'il s'agit là du "plaisir de fonctionner", non toujours sous tendu par des fantasmes. Ainsi : "offrir par la tâche de quoi exercer les aptitudes du travailleur, c'est aussi couvrir les besoins de son économie psychosomatique, c'est à dire lui donner la chance de conserver sa santé".

Mais quels sont les risques encourus par le travailleur si justement tous ces équilibres ne sont pas respectés ?

5) Insatisfaction et maladies mentales.

Pour Dejourn (1980 a), l'organisation du travail ne fabrique pas de maladies mentales spécifiques : "les psychoses de travail n'existent pas, pas plus que les névroses du travail". Les décompensations de ce type dépendent de la structure de la personnalité acquise bien avant le début du travail.

Le moment de la décompensation est par contre un problème plus délicat dans lequel interviennent sans doute trois facteurs :

- la fatigue qui fait perdre à l'appareil mental sa souplesse.
- le syndrome de frustration-agressivité réactionnel qui laisse sans issue une grande partie de l'énergie pulsionnelle.
- l'organisation du travail en tant que "courroie de transmission" des exigences extérieures qui s'opposent aux investissements pulsionnels.

La forme de la décompensation est variée (phobies, crise d'hystérie, délire...) et ne se manifeste pas forcément sur le lieu du travail. Mais il peut exister une exacerbation de conflits relationnels sous forme de délire de persécution, de vengeance, qui va se cristalliser sur l'encadrement, la hiérarchie.

La conséquence première de la décompensation est l'arrêt de travail, à savoir la soustraction de l'organisation de travail pathogène. La décompensation psychonévrotique apparaît ainsi comme un sauvetage économique qui va protéger l'individu dans sa santé globale.

L'étude épidémiologique de la santé mentale au travail est difficile pour deux principales raisons d'ordre méthodologique :

- la première est de bien définir le champ d'application des troubles que l'on veut explorer : que quantifier et avec quels instruments ? Les signes de mauvaise santé mentale au travail ne sont pas d'emblée manifestes et ce même au long cours. Ce qui semble intéressant de dépister est le vécu des travailleurs avec analyse des situations en deçà de la décompensation psychiatrique : une fatigue, un ennui, une agressivité ou au contraire une hypernormalité.

- le deuxième problème est que l'apparition d'une maladie exclut le sujet du milieu professionnel. Même en toute bonne foi, un biais existe lorsque l'on étudie les troubles des sujets encore en activité, dans le sens d'une sous estimation de la prévalence des pathologies.

Une fois ces réserves faites, il est possible d'exposer un certain nombre de données chiffrées concernant les troubles mentaux au travail.

Selon la majorité des auteurs, la prévalence de la "morbidity psychiatrique mineure" (qui va de l'anxiété à la dépression en passant par les symptômes psychosomatiques...) varie selon les études entre 10 et 30 %.

Rappelons que l'estimation O.M.S de la fréquence des états dépressifs est de 3 % dans la population générale.

Jenkins (1985 a et b) au moyen du General Health Questionnaire a trouvé une prévalence élevée (33 %) d'atteintes psychiatriques mineures dans une population de 415 employés administratifs en Angleterre. Après un entretien et une évaluation clinique, seulement 2 à 3 % d'entre eux relevaient d'un traitement psychiatrique. Le diagnostic le plus fréquemment posé était celui de dépression. La présence de signes d'atteinte psychiatrique mineure a été corrélée avec un taux élevé d'absentéisme.

Aux Etats-Unis, une enquête très vaste a été réalisée par Eaton et al (1990) auprès d'une centaine de professions pour estimer la prévalence de la dépression majeure (selon les critères D.S.M III). Les trois professions présentant une prévalence la plus élevée (soit environ 10 %) sont dans l'ordre les avocats, les enseignants, puis les secrétaires. La fréquence de la dépression majeure estimée par ces mêmes auteurs dans la population générale est de 3 à 5 % (Institut National de Santé Mentale).

Bromet et al (1990) ont trouvé dans une population de 1870 cadres d'entreprises et d'employés 23 % d'épisodes dépressifs majeurs sur la durée de vie et 9 % sur une année et ce chez les hommes. Les taux sont respectivement de 36 et 9 % chez le personnel féminin.

En France, le syndrome dépressif arrive en tête des préoccupations en épidémiologie du travail sans doute par sa fréquence et l'importance de ses conséquences.

Boitel et al (1990) retrouvent une prévalence de 10 % de dépression dans les entreprises du bâtiment et des travaux publics.

M.Estryn-Béhar (1992) chez 1500 infirmières de l'Assistance Publique de Paris relève 31 % de troubles du sommeil, 26 % d'utilisatrices de psychotropes et 26 % de troubles psychiatriques mineurs détectés au moyen du Général Health Questionary.

Pour rester dans le milieu hospitalier, Pont-Goudard et al (1987) à Marseille ont étudié des dossiers de médecine du travail concernant les employés (infirmières, aides soignantes et agents) du secteur public et privé :

- En secteur public, 21 % des dossiers faisaient part de "problèmes psychiatriques" dont 15 % actuels et 7 % avec traitement .
- En secteur privé 14 % de dossiers relevaient d'un tel problème avec 6 % de troubles actuels et 4 % avec traitement.

Globalement l'étude concluait qu'une infirmière sur six, une aide soignante sur cinq et un agent sur quatre souffraient de troubles psychiatriques en secteur public. Pour le secteur privé, les proportions sont plus faibles avec une infirmière sur douze, une aide soignante sur six et un agent sur cinq.

Pont-Goudard retient de cette étude la fréquence élevée des troubles et la fragilité évidente des personnes occupant les postes les plus bas dans la hiérarchie hospitalière. L'absentéisme de ces agents est d'ailleurs statistiquement plus élevé que celui des infirmières et des aides soignantes.

Toujours dans le milieu hospitalier, en Limousin, les statistiques de médecine du travail de l'année 1990 (non publiées) constatent la fréquence élevée des troubles neuropsychiatriques des employés puisque par exemple au C.H.S. Esquirol ces troubles arrivent au 2ième rang de fréquence, soit 16 % (après les affections respiratoires). La pathologie entraîne le plus souvent un arrêt de travail inférieur à 21 jours (dans 63 % des cas), ou un arrêt de travail de plus de 21 jours (dans 21 % des cas), 16 % n'entraînant aucun arrêt de travail.

Pour la même année au Centre Hospitalier Universitaire voisin, il est relevé une prévalence de 7 % seulement de troubles neuropsychiatriques mais il existe aussi 9 % "d'états morbides mal définis avec fatigue générale". Cet exemple montre l'importance des critères diagnostiques à utiliser si l'on veut étudier la répartition d'une pathologie dans une population donnée et renvoie à toute la problématique des classifications des maladies mentales.

En France , les employés du milieu hospitalier semblent particulièrement vulnérables aux troubles psychopathologiques au même titre que les enseignants d'ailleurs. C'est ce qui a été constaté par Dufлот et al (1985) dans une étude de la répartition des congés longue durée pour troubles mentaux chez les fonctionnaires de deux départements de 800 et 260 000 habitants (Mayenne et Finistère). L'Education Nationale vient en tête avec 4,8 congés longue durée pour mille, suivie par les hôpitaux et les postes et télécommunications (3,5 pour mille). Les résultats de cette dernière administration pourraient réactualiser les thèses de Le Guillant sur la fréquences des décompensations des téléphonistes, mais selon Dufлот, il ne s'agit pas des mêmes troubles (ni des mêmes causes) que la fameuse "névrose" décrite en 1956. Cependant, Dufлот estime que les fonctionnaires ne "sont pas plus épuisés ou plus atteints de maladie mentale que les autres catégories professionnelles" mais que l'arrêt maladie paraît en général "arranger tout le monde" au risque d'exposer le sujet et l'entourage au double bénéfice secondaire (statut de maladie et bénéfice financier) avec perdurance de cet état entretenu par le rythme espacé des contrôles.

Au delà du constat de la morbidité psychiatrique en milieu de travail quel qu'il soit, il est souvent difficile de préjuger du rôle exact du travail dans l'apparition de ces troubles.

Ainsi Boitel et al (1990) écrivent dans les conclusions de leur enquête que "si le lien entre arrêt de travail et maladie dépressive a été établi, il ne permet pas de conclure en terme de causalité". Cela demanderait des études longitudinales très élaborées et difficilement réalisables.

En 1984, Léger et al., ont tenté d'évaluer l'incidence des troubles psychiatriques liés au travail, avec ce dernier comme origine du trouble. Quarante dossiers sur 524 consultations (du 1/ 01 au 31/ 05/1983) ont été retenus. Dans près de la moitié des cas il existait des antécédents psychiatriques ou un trouble de la personnalité évident. Finalement, 3 % du total des consultations semblaient accorder au travail l'origine du trouble (le facteur déclenchant étant en fait une mise au chômage). Les auteurs concluent là aussi "qu'il n'y a pas de maladie du chômage de même que le travail ne peut être reconnu comme facteur unique des troubles mentaux".

Même si, au vu de la littérature, 10 % en moyenne des travailleurs présentent un trouble mental (le plus souvent dépressif), il faut aussi considérer les 90 % restants, "non malades".

Cette majorité trouve sans doute dans l'activité professionnelle un équilibre favorable à la santé psychique et physique. Pour exemple les artistes

et les chercheurs, les pilotes de chasse qui peuvent au prix d'une satisfaction sublimatoire, oublier certaines contraintes salariales ou matérielles (Dejours, 1980 a).

De même Asselin (cité par Bibeau, 1985) a constaté au cours d'une vaste enquête dans différentes catégories socio-professionnelles que 75 % des gens continueraient à travailler même s'ils avaient assez d'argent pour vivre. Par contre deux personnes sur trois changeraient alors d'emploi...

Ce type de constatation confirme la crainte de Dejours (1980 a) qui constate que les sociétés occidentales actuelles évoluent vers un choix d'organisation du travail pathogène (division, rigidité, manque de responsabilité) qui risque d'exposer de plus en plus le travailleur à une insatisfaction professionnelle.

L'évolution dans les sociétés occidentales s'est fait d'après Bibeau (1985) selon quatre modèles culturels dominants qui se sont mis en place successivement dans les quatres dernières décennies:

- les années cinquante avec leur expansion économique et une "éthique du travail" marquée par les valeurs chrétiennes traditionnelles et une idéologie capitaliste.

- les années soixante caractérisées par un "éthos de la consommation" avec l'investissement de la vie hors travail et le plein profit de la croissance économique.

- au début des années soixante-dix apparaît un mouvement d'insatisfaction au travail exacerbé par la crise économique et sociale.

- cette insatisfaction a conduit au dernier modèle, celui du "désinvestissement" où le travail est perçu comme une simple quantité d'activité.

Les grandes lignes de ces modèles sont bien sûr caricaturales et ne sauraient rendre compte des modifications plus profondes des individus et de leur mentalité. Toujours selon Bibeau, " l'esprit de performance à traduire dans le travail aurait cédé le pas devant l'apothéose de l'individualisme et du culte du Moi", tel que l'a écrit Lash dans son ouvrage intitulé "le complexe de Narcisse ou la nouvelle sensibilité Américaine". Cette culture narcissique ne conduit pas exclusivement à un désinvestissement dans le travail mais elle crée aussi une exacerbation de la compétition individuelle qui a souvent été appelée "l'idéal d'excellence".

L'ensemble des modifications des valeurs liées au travail a vraisemblablement participé en Amérique du Nord à l'émergence du syndrome de "burn-out" (Besse et al, 1992). Cette entité décrite et présentée comme un

état clinique nouveau a éveillé l'interêt de nombreux auteurs depuis maintenant plus de quinze ans. Maladie spécifique pour les uns, malaise psychosocial, effet du stress ou mythe pur et simple pour d'autres, ce concept demande à être précisé, car il représente de façon presque sûre une réalité Nord-Américaine observée.

En langage francophone, le "burn-out" est traduit le plus souvent par "syndrome d'épuisement professionnel" sans que cette traduction soit d'ailleurs très satisfaisante pour les auteurs.

Notre travail se propose de présenter le concept de "burn-out" depuis son origine en 1974 jusqu'à nos jours avec ses caractéristiques cliniques, ses moyens de mesure et les différentes approches théoriques dont il a bénéficié.

Les hypothèses psychopathologiques le concernant seront comparées avec les notions de troubles de l'adaptation, de stress, de dépression, d'anxiété ce qui conduira à proposer nos hypothèses de réflexion.

LE BURN-OUT

1) Emergence du concept en 1974 : Freudenberger.

Le terme de "burn-out" est apparu en tant qu'entité clinique dans la littérature Nord-Américaine en 1974.

C'est Herbert Freudenberger (1974), psychanalyste, qui utilise le premier cette expression originale pour désigner un état particulier de détresse observé chez des sujets "ni névrotiques ni psychotiques au sens médical du terme". Il se réfère de façon précise à la définition du dictionnaire : le verbe "to burn out" signifiant "échouer, s'user ou devenir épuisé devant une demande trop importante d'énergie, de forces, de ressources". En terme d'industrie aérospatiale, cela correspond à l'épuisement du carburant d'une fusée avec comme résultante la surchauffe et le bris de la machine (Grantham, 1985).

Pour justifier ce terme, Freudenberger écrira en 1980 : "je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendie tout comme les immeubles; sous l'effet de la tension produite par la vie dans notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte".

Ses premières observations concernent des soignants dans une clinique psychiatrique de type "free clinic" où lui même intervenait. En effet, à côté de son activité libérale, Freudenberger travaille plus particulièrement dans ce type de structure avec des soignants certes mais aussi des intervenants "volontaires" auprès de causes parfois assez marginales.

Dans ce type d'exercice, le "burn-out" peut se manifester de manières variées en fonction des personnes et les premiers signes apparaissent environ un an après le début du travail.

Freudenberger décrit ce qu'il a pu observer selon deux grands axes symptomatiques :

- les signes physiques : La personne se plaint de fatigue, de maux de tête , de troubles gastrointestinaux, de troubles du sommeil. Cet ensemble de signes dits " psychosomatiques" n'a rien de bien spécifique. Plus caractéristiques seraient les troubles du comportement.

- les signes comportementaux : La personne qui souffre de "burn-out" présente un ensemble de signes inhabituels tels qu'une irritabilité, une hypersensibilité aux frustrations, une promptitude à la colère, aux larmes.

Le soignant devient inopérant, bien que passant des heures à la tâche. Il ne quitte pas (pas encore) son poste et reste en place dans un contexte peu gratifiant. Un repli est possible : "la personne apparaît et agit comme si elle était déprimée".

L'attitude est souvent marquée par une rigidité, une maîtrise de soi évoquant la "paranoïa". La vision de tout ce qui est fait ou proposé est négative, entâchée d'un certain cynisme. Il existe fréquemment un abus d'alcool ou de psychotropes. L'évolution d'un tel état avec fatigue et frustration grandissantes peut se faire de diverses manières, mais une fois les symptômes patents, le point de rupture est proche avec inefficacité dans le travail, conflits y compris dans la vie personnelle et accentuation des conduites addictives précitées.

Paradoxalement, la personne souffrante s'entête à s'investir dans son travail : "elle s'acharne à continuer dans la voie qui l'a rendu déprimée. L'incendie s'intensifie, se propageant encore plus vite dans toutes les directions".

D'après les réflexions de Freudenberg, il ressort un profil type du sujet exposé : d'éducation souvent rigide, compétant, inspirant confiance, il est dynamique, refuse tout compromis et s'engage tout entier à la tâche dans le but de concrétiser un idéal (terme employé dans sa signification commune et non dans sa valeur psychanalytique).

Le problème de ces éventuels traits de personnalité prédisposants au sera repris plus loin dans notre travail, car c'est un point qui a éveillé l'attention de plusieurs auteurs.

Nous allons aborder comment ce tableau clinique initial a ensuite été repris et remodelé par d'autres auteurs y compris par Freudenberg lui-même dans son ouvrage écrit en 1980.

Par souci de clarté, nous présenterons les différentes approches dans une succession chronologique.

2) Les descriptions ultérieures du burn -out.

2 a HYPOTHESE DE MASLACH :

L'équipe s'organisant autour de Christina Maslach à partir de 1975 va privilégier la clinique dans un souci de meilleure définition avec élaboration

d'un instrument de mesure. Maslach en effet déclarait (cité par Scarfone, 1985) : "... en agrandissant le filet, on attrape beaucoup de poissons, mais des espèces les plus diverses parmi lesquelles on ne se retrouve plus".

L'équipe californienne a étudié le phénomène de "burn-out" auprès d'une population de soignants, de travailleurs sociaux, d'enseignants, d'avocats. La définition finalement proposée est la suivante : le "burn-out" est "un syndrome d'épuisement physique et émotionnel qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte des intérêts et de sentiments pour les clients". Le terme de client représente le bénéficiaire du travail en général, et suivant les cas sera remplacé par patient, élève ou autre.

Trois éléments centraux du syndrome sont définis :

- L'épuisement physique et / ou psychique.: Il provient d'une demande psychologique excessive chez des personnes en relation d'aide envers d'autres dans le cadre professionnel. Pour Maslach, ainsi que pour la plupart des auteurs, "l'épuisement serait la composante-clé du syndrome".

- La "dépersonnalisation" ou perte d'empathie.: pour laquelle nous préférons la traduction de "déshumanisation" dans les rapports interpersonnels. Le patient à l'hôpital est traité par exemple comme un objet (réification), l'infirmière accomplissant ses soins "comme un robot". Si une certaine distance vis à vis des patients est nécessaire de la part du soignant pour accomplir un soin correct (Jackson et al, 1986) dans le cadre du "burn-out", la notion de détachement est excessive, conduisant au cynisme.

- Le manque d'accomplissement personnel.: Ce composant représente les effets démotivants qu'une situation difficile peut entraîner par sa répétition, quand, malgré la réitération des efforts, il n'y a pas l'effet positif attendu. La personne commence alors à douter de ses réelles capacités, et lorsqu'elle est persuadée que ses efforts ne mènent à rien, elle abandonne, éprouvant alors un manque d'accomplissement. Cet état d'esprit inclue des signes tels que "moral bas, retrait, baisse de la productivité au travail".

Le début des signes se fait assez précocément, environ un an après la prise de fonction.

Il est difficile d'en estimer la fréquence en fonction du sexe du fait de la sur-représentation féminine habituelle des professions exposées.

Par contre, il existerait d'après Maslach des différences d'expression, les femmes souffrant surtout d'épuisement émotionnel, les hommes de

déshumanisation et de manque d'accomplissement personnel (Maslach et Jackson, 1981).

Les personnes plus jeunes présentent une tendance à la déshumanisation plus marquée alors que les plus âgées accusent plutôt un manque d'accomplissement personnel. Cette notion a été confirmée par Snibbe et al, 1989 qui ont comparé les degrés de "burn-out" dans une population de médecins généralistes, internes et psychiatres intervenant dans un service d'urgences. Les internes, débutant dans la profession avec une moyenne d'âge inférieure aux autres groupes montrent un fort degré de perte d'empathie par rapport à leurs aînés. Par contre, le sentiment d'accomplissement personnel est assez élevé dans les trois groupes, quelque soit l'âge et malgré un épuisement patent.

Les travaux de Maslach marquent d'une pierre blanche l'évolution historique du syndrome.

Nous verrons plus loin l'échelle de mesure qui est née de ces recherches cliniques (Maslach Burn out Inventory).

2 b PINES, ARONSON ET KAFRY.

Ces auteurs américains ont écrit en 1982 un ouvrage "Burn out : from tedium to personal growth" sous titré en français "comment ne pas se vider dans la vie et au travail".

Pour eux le mot "burn-out" -traduit par épuisement- doit être réservé aux cas où le travailleur est impliqué intensément avec des gens durant de longues périodes de temps, entraînant une pression émotive soutenue et répétée.

En celà, l'épuisement diffère de la "lassitude" (tedium en anglais) qui est le résultat d'une pression chronique prolongée (que celle-ci soit intellectuelle, physique ou émotionnelle).

Ces auteurs considèrent l'épuisement comme un concept "**psycho-social**" dont les trois composantes sont les suivantes :

- La fatigue physique : Elle se traduit par une diminution d'énergie, un affaiblissement, de l'ennui. Il existe une propension aux maladies (migraines, rhumes...) et aux troubles du sommeil.

- La fatigue émotionnelle : Elle est accompagnée de sentiments de désespoir et d'impuissance. En phase aigüe, il est noté la possibilité de "troubles mentaux avec idées suicidaires".

- La fatigue mentale : Elle résulte du développement d'attitudes négatives vis à vis de son travail, de soi même et de sa vie. La personne est

déçue par elle même et par son travail. Cette fatigue mentale projetée sur les autres favorise la déshumanisation des rapports avec autrui.

Comme Maslach, Pines et ses collaborateurs estiment que les travailleurs les plus exposés sont ceux des services de santé et des services sociaux ainsi que les enseignants.

Mais il existe aussi un risque de "burn-out" dans les grosses administrations.

Pines, Aronson et Kafry ont eux aussi élaboré une échelle quantitative pour évaluer l'épuisement et la lassitude : le "tedium measure". Cet instrument sera présenté au cours d'un chapitre ultérieur et sera d'ailleurs comparé au Maslach Burn out Inventory.

Bien que s'étant détaché de l'équipe de Maslach, Pines et ses collaborateurs restent relativement proches de la conception initiale exposée au début de ce chapitre. Les modifications apportées sont de l'ordre de la nuance, sans modification de fond.

D'autres équipes ont abordé le phénomène du "burn-out" sur un mode plus dynamique et évolutif. En effet, l'épuisement apparaît bel et bien comme un processus, il ne suit pas une évolution linéaire mais cyclique (Crombez et al, 1985) Il est progressif et contagieux et fait appel indéniablement à une notion de durée dans le temps.

Les auteurs suivants ont privilégié l'aspect évolutif du "burn-out". Ils ont en commun l'idée qu'il est l'aboutissement d'un stress continu.

2 c CHERNISS.

Après des enquêtes sur des professionnels du secteur public en 1980, le "burn-out" apparaît pour Cherniss (cité par Crombez et al, 1985) comme un **processus transactionnel** à trois étapes :

- Initialement : déséquilibre entre les ressources individuelles et organisationnelles face aux exigences du travail.
- Dans un second temps : réponses de nature émotionnelle.
- Finalement : changement dans les attitudes et les comportements du travailleur.

Il s'agit pour Cherniss d'un retrait psychologique par rapport au travail. Il a élaboré autour de ce processus tout un ensemble de données qui sont autant d'éléments précurseurs d'attitudes négatives faisant le lit du "burn-out" (événements vitaux stressants, facteurs de santé individuels...) rassemblés

dans une grille permettant une prise en compte plus globale du syndrome d'épuisement.

2 d EDELWICH ET BRODSKY. AUTRES AUTEURS.

Edelwich et Brodsky (cités par Crombez) ont décrit quatre stades :

- Le premier est celui de l'enthousiasme, période initiale de la profession où tous les espoirs sont permis, marquée par un débordement d'énergie.

- Dans un deuxième temps, le travail apparaît occuper une place moins importante. L'individu accuse une baisse d'énergie mais continue à en dépenser : c'est la stagnation.

- Les limites du travail étant ainsi dévoilées, la personne en vient à douter de la pertinence même de ce travail. C'est le stade de frustration qui précède celui de l'apathie, où le travail est maintenu mais avec une prise de distance maximale. L'individu tente de se protéger de tout ce qui pourrait mettre en danger sa sécurité psychologique. En effet, c'est la santé qui est menacée par ce processus qui peut aboutir à une maladie physique ou mentale, le suicide n'étant pas exclu.

Michel Veninga et James Spradley (cités par Crombez et al, 1985) décrivent eux en 1981 cinq étapes qui apportent peu de changement par rapport à celles décrites ci dessus : enthousiasme, baisse d'énergie et fatigue, diminution du rendement et dépression, état de crise avec pessimisme et manque de confiance en soi, l'ultime étape étant "l'impasse".

M. Lauderdale, lui, individualisera trois phases : la "confusion", la frustration et le désespoir.

Nous terminerons cet exposé par les modifications que Freudemberger lui même apporta à son concept six ans après dans son ouvrage écrit en 1980 et publié au Canada sous le titre "l'épuisement professionnel : la brûlure interne" (1987).

2 e LE BURN-OUT EN 1980 VU PAR FREUDENBERGER.

Globalement, nous dirons que le concept initial a vu son champ d'application s'élargir.

La définition en est un peu modifiée : le "burn-out" réside dans le fait de "s'épuiser en s'évertuant à atteindre un but irréalisable que l'on s'est fixé ou que la société impose". Quelqu'un qui en souffre "souffre de fatigue ou de

frustration aigue causée par sa dévotion envers une cause, un mode de vie ou une relation qui n'a pas produit la récompense attendue".

Nous ne sommes plus dans le cadre limité du "soignant" mais nous retrouvons au fil des pages autant d'histoires de vies variées : médecins, infirmières, enseignants bien sûr, mais aussi cadres, étudiants, couples en difficulté, pasteur, jeune comédienne, femme au foyer etc... Bref, l'incendie semble s'être propagé à l'ensemble de la société comme se le demande l'auteur : "la nation Américaine n'est-elle pas collectivement et individuellement plongée au coeur même d'un phénomène croissant d'épuisement ?".

Un des processus reconnu comme responsable des symptômes est le rythme croissant des exigences de la société Nord-Américaine qui reproduirait de façon imagée selon l'auteur la situation rencontrée dans "Alice au pays des merveilles" lorsque le lapin dit à Alice : "il faudra courir de toutes tes forces pour rester au même endroit. Si tu veux aller ailleurs, il te faudra courir au moins deux fois plus vite".

Nous retrouvons aussi les traits de personnalité et les comportements qui amènent l'individu à se "brûler". Il s'agit, comme pour le "profil type" esquissé en 1974, "d'hommes et de femmes dynamiques qui n'admettent pas l'existence de limites dans les idéaux qu'ils cherchent à atteindre". Ces "idéaux" concernent des objectifs tels qu'une cause humaine à défendre, un talent, une position dans la communauté, l'argent, le pouvoir etc...

Les professions d'aide et de responsabilité envers autrui gardent une haute vulnérabilité au "burn-out" : là plus qu'ailleurs, le dévouement est parfois sans limite et va se heurter rapidement aux seuls côtés négatifs de l'individu que l'on est sensé soulager.

Le travailleur reste le plus souvent seul avec son sentiment d'incompétence et de frustration avec émergence possible alors des signes d'épuisement.

Le tableau clinique rejoint dans l'ensemble celui décrit dans l'article du "journal of social issues" de 1974. Il débute par un stade de fatigue puis se mettent en place progressivement l'indifférence, l'ennui, le cynisme, le sentiment d'être indispensable tout en étant insuffisamment apprécié. D'abord limitée au travail, cette symptomatologie peut gagner la vie privée avec de sérieux problèmes relationnels. En réaction à ces signes s'élaborent des "attitudes négatives" : négation de l'échec, de la peur, de l'âge, de la mort. Ces attitudes permettent temporairement de ne pas ressentir la souffrance et l'épuisement mais représentent ce que Freudenberger appelle les "fausses

cures" au même titre que le recours aux conduites déviantes (drogues, alcool, jeux de hasard, sexe etc...).

3) Le burn-out en Europe.

En Amérique du Nord, le "burn-out" a donc connu un certain succès faisant l'objet de nombreux articles et ouvrages (Freudenberger, Pines Kafry et Aronson, Cherniss, Edelwich et Brodsky pour les principaux).

Il a été l'un des thèmes de réflexion lors de la première rencontre Franco-Canadienne entre la Société Médico-Psychologique et l'Association des psychiatres du Québec en 1985.

Depuis les années quatre vingt, l'utilisation de ce vocable est apparue en Europe, assez rapidement en Angleterre, plus timidement et avec une certaine méfiance en France. Le thème du "burn out" était abordé avec celui du stress lors des XXlièmes journées de Médecine du travail en 1990 à Rouen.

Le passage de ce terme en langage francophone se fait de deux manières :

- Soit le terme de "burn-out" est utilisé tel quel avec une définition de référence à l'appui.

- Soit le mot "burn-out" est traduit : le plus souvent par "épuisement professionnel" ou "syndrome d'épuisement professionnel"

Corin et Bibeau (1985) remarquent que la forte charge symbolique attachée à ce mot en discours anglophone, suggérant la métaphore d'"une consommation interne totale" et au travers de laquelle tant d'américains se seraient reconnus, n'est pas du tout rendue par la traduction d'"épuisement".

Suivant l'étymologie, "épuiser" consiste à vider l'eau d'un puits à force d'en avoir trop retiré. Pour Gayda et Vacola (1985), il ne s'agit pas d'une carence du système d'extraction mais du contenu.

Ce terme a donc aussi une valeur métaphorique en français puisque la parole, l'inspiration ou l'argent peuvent s'épuiser exactement de la même manière qu'un puits sec manque à sa promesse (Lebigot et Lafont, 1985).

L'étude de la littérature donne différentes approches du "burn-out" en discours francophone européen : ce sont celles de C.Chazarin, Besse et D.Dumont, M.Estryn-Béhar, A.Raix en France ou celle de O.Masson en Suisse.

3 a EN FRANCE.

Pour Chazarin C (1991), cadre infirmier, le "burn-out" apparaît comme une des modalités d'une "usure professionnelle" résultant du stress chez les infirmières.

Le terme "usure" est préféré à celui d'épuisement car "dans le fait d'être usé existe la possibilité de réparation (changement pour du neuf ou reconstitution)".

Besse et al, 1992, y voient eux "une détresse expérimentée par des sujets encore jeunes, confrontés aux contraintes de la vie actuelle, parmi lesquelles interviennent des facteurs de stress au travail". Cette détresse résulte en fait d'une inadaptation et conduit à l'usure. Le terme d'usure a dans ce contexte le mérite de rappeler que l'évolution des rapports de l'homme à son travail est sous tendue par l'évolution du sujet lui même (personnalité et expérience). "Détresse, inadaptation et usure" ont le mérite selon D.Dumont d'être plus immédiatement accessibles à la compréhension francophone.

Raix A. (1990), professeur de Médecine du Travail, a abordé le concept américain au cours d'un exposé qui constate la forte ressemblance entre le "burn-out", la maladie des dirigeants décrite dans les années cinquante et la "dépression" .

Un des points communs de ces différentes entités serait une personnalité pathologique de type "état limite" selon Bergeret J. Nous reviendrons ultérieurement sur l'intérêt de ces hypothèses.

M.Estryn-Béhar (1992) a réalisé en collaboration avec l'INSERM une enquête auprès d'infirmières de l'Assistance publique de Paris (1500 personnes en 1987). Elle retrouve de façon générale une "ambiance dépressive" qu'elle rapproche du phénomène de "burn-out" par le découragement, la prise de distance, les signes psychosomatiques. L'origine suspectée à partir de ses recherches et de ses analyses ergonomiques se trouve dans les conditions de travail qui génèrent des facteurs de stress trop importants . Ainsi : "le burn-out n'est pas un état constitutionnel; il est acquis et doit trouver ses causes et ses remèdes dans la structure même de l'institution".

3 b EN SUISSE.

O.Masson (1990) est pédo-psychiatre et s'est intéressé à ce sujet car elle lui reconnaît une forte incidence dans les milieux médico-sociaux intervenant auprès des mineurs en difficulté. Elle utilise indifféremment les termes de "burn-out" ou d'épuisement professionnel. Elle décrit un opérateur envahi de doutes quant à ses capacités d'interventions et quant à la crédibilité des instruments

professionnels. Il se sent isolé, irritable, déprimé et se surprend à se montrer agressif à l'égard des patients ou de ses pairs. Malgré d'éventuels redoublements d'efforts, son efficacité baisse. Il présente des affections psychosomatiques les plus diverses.

L'évolution d'un tel syndrome varie selon la personnalité des individus. La forme la plus répandue serait une présentation apathique avec repli, non implication et dès que possible changement de poste ou de profession.

D'après l'auteur, les causes d'un tel épuisement ne sont pas à limiter aux caractéristiques individuelles, mais plutôt dans l'analyse de facteurs supra-individuels (institutionnels, hiérarchiques) dans ce qu'ils imposent d'arbitraire ou de contradictoire à l'exécutant de base.

Ainsi O. Masson récuse le "portrait type" de l'acteur social véhiculé au travers du concept d'épuisement : l'opérateur social n'est pas forcément "l'être fragile et sacrificiel que l'on cherche souvent à dépeindre comme tel" Son impression est que "le burn-out rend l'action sociale inefficace et que l'inefficacité génère le burn-out". Il serait ainsi effet et cause des apatrasmatismes professionnels constatés en pratique et par les études épidémiologiques.

Nous constatons donc que le concept initial de Freudenberg s'est développé dans différentes directions cliniques et évolutives. Le terme a même traversé l'Atlantique mais avec une utilisation limitée et prudente. Les auteurs qui ont reconnu le "burn-out" comme une entité clinique ont tenté de la mesurer pour accéder à un langage commun au moyen d'une évaluation quantitative.

Nous allons présenter les différents travaux réalisés dans cette optique et principalement les deux plus usités : le Maslach Burn out Inventory et le Tedium Measure.

4) Les échelles de mesure du burn -out.

4 a MASLACH BURN OUT INVENTORY (M.B.I) : PRESENTATION ET UTILISATION

C'est en 1980 que Maslach publie l'échelle obtenue pour mesurer ce qu'elle appelle désormais un "syndrome spécifique" (Maslach et Jackson, 1981).

Elle a retenu quatre composantes : critères d'épuisement émotionnel, de déshumanisation, d'accomplissement personnel et d'engagement au travail,

avec une série de 47 items qui ont été validés par méthode statistique d'analyse factorielle.

L'échelle a été proposée à une population de diverses professions reconnues comme étant exposées au "burn-out" lors d'études précédentes (enseignants, assistants sociaux, policiers, infirmières ...).

Les analyses statistiques ont montré que "l'épuisement émotionnel" et la "déshumanisation" sont validés séparément mais corrélés entre eux. "L'accomplissement personnel" est validé de manière indépendante. "L'engagement au travail" n'a pas été retenu dans la forme finale de l'échelle.

Pour finir, l'échelle définitive comprend 22 items : sa fiabilité et sa validité sont statistiquement reconnues.

Il existe une traduction francophone qui a été présentée par Fontaine (1985) (voir annexe I).

Les items relèvent d'une auto évaluation sous forme d'expression de sentiments ou d'attitudes personnels dans le travail, par exemple : "je me sens très énergique " ou "je me sens à bout à la fin d'une journée".

La personne doit évaluer ces items dans deux dimensions :

- une dimension de fréquence côtée de 0 à 6 (de jamais à chaque jour)
- une dimension d'intensité côtée de 1 à 7 (de très peu à énormément)

Trois sous groupes sont en fait présents dans l'échelle :

- 9 items pour l'épuisement émotionnel.
- 5 items pour la déshumanisation.
- 8 items pour l'accomplissement personnel.

Ainsi, on obtient plusieurs scores en additionnant chaque réponse aux différents sous groupes d'items.

Un tableau d'interprétation des scores obtenus est donné par les auteurs et propose des niveaux bas, moyen ou élevé de "burn-out".

Il a été vérifié que le "burn-out" ne correspond pas seulement à une insatisfaction au travail.

De même, le syndrome ne serait pas influencé par la recherche de "désirabilité sociale".

Par contre, il est corrélé significativement à:

- l'intention de quitter son travail.
- la diminution du contact avec autrui.
- l'absentéisme.

- les mauvaises relations avec l'entourage.
- un recours excessif aux médicaments psychotropes et à l'alcool.

Un biais possible de l'échelle reconnu par Maslach est dû au fait que certaines propositions expriment des sentiments qui vont à l'encontre de la conformité habituelle de la profession imaginée par le travailleur (par exemple "je traite des patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets" ou "je ne fais pas vraiment attention à ce qui arrive à plusieurs de mes patients").

Pour cette raison, Jones a élaboré une variante de l'échelle de Maslach, le Staff Burn out Scale of Health Professionnal qui ajoute dix items visant à déceler une falsification. L'évaluation porte simplement sur l'intensité, le détail des items n'est malheureusement pas exposé dans l'article (Stout et Williams, 1983).

A côté du Maslach Burn out Inventory, d'autres échelles quantitatives ont été proposées avec plus ou moins de succès et surtout de sérieux méthodologique.

Nous en trouvons quelques exemples dans l'article de Stout et Williams (1983) Le plus souvent il s'agit de séries d'items explorant à la fois le phénomène proprement dit mais aussi ses conséquences physiques, personnelles, comportementales et adaptatives (MacConnel, Miller et Potter ...).

Les études tentent de corréler le "burn-out" avec divers facteurs personnels et environnementaux. Comme l'avait déjà fait Maslach, Pines et Kafry le corrélent positivement avec l'intention de démissionner. Savicky et Cooley le relie à la fatigue chronique, la moindre résistance aux maladies, l'absentéisme.

Mais en pratique, les deux échelles quantitatives les plus employées sont le Maslach Burn out Inventory, vu précédemment et le Tedium measure.

4 b LE TEDIUM MEASURE ET SA COMPARAISON AU M.B.I.

Le "tedium" a été défini par Pines comme "un épuisement physique, émotionnel et mental avec négation de soi même, de son environnement professionnel et familial".

L'échelle proposée comporte 21 items d'auto évaluation, concernant la fréquence d'un sentiment éprouvé.

Un seul score est obtenu par additions puis soustractions. (cf. annexe II).

La comparaison entre le M.B.I. et le Tedium Measure (T.M.) effectuée par Stout et Williams (1983) conclue que le T.M. est un instrument simple à utiliser et qu'il est fiable et valable.

Le M.B.I. serait mieux approprié pour des données plus fines, plus dynamiques (dimension de fréquence) .

En bref, ils mesurent bien le même phénomène mais de façon différente et ne sont donc pas interchangeables.

Enfin, une dernière approche intéressante est celle effectuée par Golembiesky à partir du Maslach Burn out Inventory.

4 c LE MODELE EN HUIT PHASES DE GOLEMBIESKY.

Après avoir confronté statistiquement les scores du M.B.I. à un ensemble de variables issues de la grille de Cherniss (Cherniss work setting), Golembiesky propose un modèle en huit phases progressives pour évaluer le "burn-out."

Ce modèle a été validé et utilisé par des auteurs tels que Burke et Desza (1986), Burke et Greenglass (1989) et Wolpin et al,(1990) qui en apprécient l'aspect évolutif et dynamique.

Les huit phases peuvent être condensées en trois groupes : "burn-out" de niveau bas (phases 1, 2 et 3) de niveau moyen (phases 4 et 5) et enfin de niveau élevé (6,7 et 8) .

L'intérêt est de pouvoir évaluer la stabilité des phases au cours du temps et de rechercher par quels facteurs est influencée la progression et dans quels sens.

Burke (1986,1989) cite les résultats d'une observation longitudinale faite par Golembiesky en utilisant ce modèle : les personnes classées de 1 à 3 et de 6 à 8 n'avaient pas bougé après trois ans alors que celles se trouvant aux stades 4 et 5 s'étaient réparties également entre les phases plus hautes et plus basses.

ANNEXE I

Maslach Burn out Inventory (traduction Fontaine).

Indiquez la fréquence à laquelle vous ressentez ce qui est décrit à chaque item ainsi que l'intensité avec laquelle vous le ressentez.

Fréquence :

jamais	quelques fois	chaque	quelques fois	chaque	quelques fois
chaque	par année	mois	par mois	semaine	par semaine
jour					
0	1	2	3	4	5
6					

Intensité :

très peu	un peu	assez	moyennement	beaucoup	très fortement	énormément
1	2	3	4	5	6	7

ITEM (encerclez le chiffre correspondant)	FREQUENCE	INTENSITE
1. Je me sens émotionnellement drainé(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
2. Je me sens à bout à la fin d'une journée.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
3. Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une journée de travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
4. Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
5. Je sens que je traite plusieurs patients de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
6. Travailler chaque jour avec des gens, c'est vraiment un fardeau pour moi.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
7. Je résous avec efficacité les problèmes de mes patients.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
8. Je me sens brûlé(e) par rapport à mon travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
9. Je crée une influence positive sur les gens que je côtoie à mon travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
10. Je suis devenu plus insensible aux gens depuis que j'ai cet emploi.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
11. Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
12. Je me sens très énergique.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
13. Je me sens frustré(e) par mon travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
14. Je sens que je travaille trop fort à mon emploi.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
15. Je ne fais pas vraiment attention à ce qui arrive à plusieurs de mes patients.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
16. Travailler directement avec des gens me stresse beaucoup.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
17. Je peux facilement créer une admosphère détendue avec mes patients.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
18. Je me sens épanoui (e) lorsque j'ai travaillé étroitement avec mes patients.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
19. J'ai accompli plusieurs choses utiles dans ce travail.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
20. Je me sens au bout du rouleau.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
21. Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7
22. Je sens que mes patients me blâment pour leurs problèmes.	0 1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7

Maslach Burn out Inventory : composantes des sous échelles.

Epuisement émotionnel

- 1 Je me sens émotionnellement drainé(e) par mon travail.
- 2 Je me sens à bout à la fin d'une journée.
- 3 Je me sens fatigué(e) lorsque je me lève le matin et que j'ai à affronter une autre journée de travail.
- 6 Travailler chaque jour avec des gens, c'est vraiment un fardeau pour moi.
- 8 Je me sens brûlé(e) par rapport à mon travail.
- 13 Je me sens frustré(e) par mon travail.
- 14 Je sens que je travaille trop fort à mon emploi.
- 16 Travailler directement avec des gens me stresse beaucoup.
- 20 Je me sens au bout du rouleau.

Déshumanisation.

- 5 Je sens que je traite plusieurs patients de manière impersonnelle, comme s'ils étaient des objets.
- 10 Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que j'ai cet emploi.
- 11 Je crains que ce travail ne m'endurcisse émotionnellement.
- 22 Je sens que les patients me blâment pour leurs problèmes.
- 15 Je ne fais pas vraiment attention à ce qu'il arrive à plusieurs de mes patients.

Accomplissement personnel

- 4 Je peux comprendre facilement ce que mes patients ressentent.
- 7 Je résous avec efficacité les problèmes de mes patients.
- 9 Je crée une influence positive sur les gens que je côtoie à mon travail.
- 12 Je me sens très énergique.
- 17 Je peux facilement créer une atmosphère détendue avec mes patients.
- 18 Je me sens épanoui(e) lorsque j'ai travaillé étroitement avec mes patients.
- 19 J'ai accompli plusieurs choses utiles dans ce travail.
- 21 Dans mon travail, je traite les problèmes émotionnels très calmement

ANNEXE II :TEDIUM MEASURE (traduction par Bouyoucas dans l'ouvrage de Pines, Aronson et Kafry)

En vous servant de l'échelle d'évaluation ci dessous, indiquez la fréquence à la quelle vous vous sentez :

Jamais	une ou deux fois	rarement	parfois	souvent	généralement	toujours
1	2	3	4	5	6	7

- 1 fatigué.
- 2 déprimé.
- 3 satisfait de votre journée.
- 4 physiquement exténué.
- 5 exténué au niveau émotif.
- 6 heureux.
- 7 "à plat".
- 8 épuisé moralement.
- 9 malheureux.
- 10 abattu.
- 11 pris au piège.
- 12 inutile.
- 13 ennuyé.
- 14 troublé.
- 15 déçu ou dépité par les autres.
- 16 faible et impuissant.
- 17 désespéré.
- 18 rejeté.
- 19 optimiste.
- 20 énergique.
- 21 anxieux.

Ajouter : $1+2+4+5+7+8+9+10+11+12+13+14+15+16+17+18+21 = A$

puis : $3+6+19+20 = B$

faire : $32 - B = C$

ajouter : $A + C = D$

diviser D par 21 = Tedium score (T.S)

TS = 1	"Euphorie".fort improbable.
TS = 2 ou 3	Pas de problème particulier.
TS = 3 ou 4	Réexaminer sa vie, son travail, évalue les priorités et envisager certains changements.
TS > 4	Il existe un burn out (ou tedium) pour lequel une intervention est nécessaire.

Nous revenons ainsi au problème de la dynamique du "burn-out" avec en particulier ses effets à court, moyen et long terme, mal appréhendés par les échelles d'évaluation.

Il est bien évident qu'une échelle de mesure quantitative permet d'observer un phénomène donné à un temps donné et que cette approche est sans doute peu satisfaisante.

Il est important de garder à l'esprit les limites d'un tel outil.

5) Les conséquences du burn-out et les mesures préconisées.

5 a LES CONSEQUENCES

Nous pouvons concevoir aisément que les différents symptômes composant le "burn-out" ne vont pas être sans retentissement sur l'individu et de fait sur le travail effectué. Quelques signes cliniques se définissent d'ailleurs déjà en terme de "baisse de productivité", "absenteisme" etc... autant d'éléments qui sont représentatifs des conséquences dommageables de cet épuisement.

Pour V. Moss (1989), reprenant un consensus de nombreux auteurs : "le burn-out est un phénomène coûteux tant pour la personne qui va en souffrir que pour l'employeur et aussi les bénéficiaires de la tâche accomplie".

O.Masson (1990), affirme que les patients sont très sensibles à la sécurité professionnelle qu'ils rencontrent chez l'opérateur. "Démotivé, déprimé, un soignant ne peut arriver à convaincre ses "clients" de faire ce qui n'est pas à sa portée dans sa propre situation".

Si ces réflexions semblent tout à fait justes, il faut pouvoir évaluer de façon quantitative le retentissement de ce syndrome et sa responsabilité éventuelle dans les domaines de la productivité, de l'absenteisme, des démissions ou des taux de manifestations pathologiques avérées par exemple.

Or, ces données "objectives" sont difficiles à trouver dans la littérature.

Nous avons relevé quelques corrélations statistiquement significatives lors de certaines enquêtes telles celle de Pines (1982), auprès de 181 opérateurs téléphoniques chez qui la lassitude était reliée à la propension au retard, à la prolongation des périodes de repos, au nombre de jours d'absence ($p < 0.001$).

Burke et Greenglass (1989) ont corrélé eux aussi positivement le "burn-out" et l'absentéisme des enseignants comme l'ont fait Pierce et Molloy (1990) auprès de 700 enseignants Australiens (relation "burn-out" et nombre de journées d'absence statistiquement significative).

Un autre exemple avec K.L.Armstrong, citée par Pines, qui a étudié l'épuisement dans les services de protection de l'enfance et a constaté que les employés arrivaient en retard, prolongeaient les périodes de repos, différaient les contacts avec les patients et les familles, les soins réalisés étant globalement plus rares et de moins bonne qualité.

Pour O.Masson (1990), ces signes font en fait partie de l'adaptation que va déployer le sujet face à l'épuisement ressenti. Il existe selon elle quatre grands types de réponses :

- la première est un changement d'activité : le sujet quitte le champ professionnel ou s'engage dans un poste administratif "plus tranquille". Ces changements de poste, entraînant des rotations de personnel souvent rapides sont nocifs car survenant dans des institutions difficiles où justement les patients auraient besoin d'un personnel stable et compétent.

- la deuxième est de rester à son poste mais avec la mise en place de mesures d'autoprotection au détriment de la qualité et de l'efficacité (détachement, perte d'implication espacement des contacts, scotomisation des besoins du patient ...) ce qui a déjà été décrit sous le terme d'"enkystement dans la routine" par C.Chazarin (1991).

- la troisième alternative est toujours de rester à son poste mais en déployant au contraire une confrontation à la tâche, (redoublement d'activité, implication excessive) au risque de mettre sa santé en péril.

- la dernière réponse possible (et la plus souhaitable) est la prise de recul par rapport à ses activités mais avec une discussion entre collègues sur le malaise ressenti.

Un autre problème qui est souvent pointé est le désir de quitter son emploi lorsque l'on souffre de "burn-out". Ce qui est difficile à évaluer est la proportion des travailleurs quittant effectivement leur emploi et pour quelles raisons.

A ce sujet, Firth et al (1986), ont trouvé chez 150 infirmières une corrélation significative entre le découragement (présent chez 56 % d'entre elles), l'épuisement émotionnel (présent chez 32 %) et l'intention de démissionner de leur poste.

Jackson et al (1986), ont cherché à établir la valeur prédictive de l'épuisement émotionnel sur le désir de quitter l'emploi. Leur enquête est

intéressante car elle a été effectuée auprès d'une cohorte d'enseignants à 1 an d'intervalle. Sur 327 participants initiaux, 29 avaient quitté leur emploi dans l'année mais malheureusement étaient partis sans laisser d'adresse. Pour ceux qui étaient restés en poste, 30 % espéraient un emploi différent de l'enseignement, 6 % aimeraient un poste administratif et 16 % resteraient dans l'éducation mais en un autre lieu.

Les conclusions se heurtent au "biais" de l'enquête notamment sur les "perdus de vue" et les non réponses un an après : l'avis de ces personnes aurait pu apporter des éléments de réflexion déterminants.

Mais il a tout de même été confirmé que beaucoup d'enseignants avec des niveaux de "burn-out" élevé restaient en poste et ce malgré l'expression d'un désir de partir.

Pourtant, l'issue du syndrome ne doit pas toujours être entrevue en terme d'insatisfaction au travail, d'absentéisme ou de toute autre conséquence aussi gênante.

Ainsi pour Fontaine (1985), l'état de crise provoqué peut parfois être l'occasion d'une étape maturative de la personnalité avec un état psychologique ultérieur plus épanouissant pour l'individu. Ce changement positif dépend bien évidemment de la personnalité du sujet.

Le problème du "burn-out" semble donc concerner des facteurs qui vont de l'organisation du travail à la structure de personnalité du travailleur en passant par tous les modes d'adaptation réciproques.

Les interventions pour prévenir ou traiter ce phénomène devront considérer tous ces facteurs.

5 b MESURES PRECONISEES CONTRE LE BURN-OUT.

Pour Freudenberger (1974).

Rappelons qu'initialement ce psychanalyste a réalisé ses observations dans un cadre de travail à coloration culturelle évidente. Il s'agit des cliniques psychiatriques de type "alternatif (free clinics)" largement basées sur le bénévolat de leurs employés.

Les mesures énoncées peuvent d'après l'auteur prévenir le syndrome mais de manière imparfaite :

- Sélection préalable des travailleurs : il faut essayer de leur faire comprendre la différence qu'il existe entre des "motivations réalistes" et celles qui ne le sont pas. Il est préférable que le travailleur ressente par lui même s'il est capable d'assumer sa tâche.

- Une fois le travailleur en place, il est conseillé d'éviter les répétitions de tâche et donc effectuer des rotations de postes.

- Le travail quotidien ne doit pas excéder 9 heures. Si cela était le cas, il faut d'abord se demander pourquoi la personne prolonge sa journée. Le rythme de travail pourrait être raisonnablement de trois semaines sur quatre ou de trois mois sur quatre.

- Il faut prévoir un temps d'expression auprès des autres collègues et pour soi même, il faut éviter tout ce qui a à voir avec l'introspection et préférer l'exercice physique dans le but d'épargner les ressources émotionnelles. Si un travailleur malgré tout cela est en état de "burn-out", il faudra qu'il quitte son travail et y revienne quand il se sera un peu "retrouvé" (rassemblé) au cours de son repos.

En 1980, lorsque Freudenberger aborde la prévention et le traitement éventuel du "burn-out", il prend le contre pied de ce qu'il écrivait en 1974 notamment en ce qui concerne l'introspection.

En effet, dans son ouvrage, il conseille aux gens en souffrant (ou risquant d'en souffrir) de s'interroger, de s'enregistrer, de prendre des notes sur leurs attitudes et leurs sentiments, le but étant de communiquer aussi bien avec soi même qu'avec les autres.

Une autre attitude efficace semble être de traiter les situations stressantes avec humour.

Comme en 1974, les conseils de repos et de mise à distance par rapport au travail sont toujours opérants mais non suffisants puisqu'il faut parvenir à abaisser ses critères d'excellence dans son travail en trouvant "un compromis réaliste entre idéalisme aveugle et cynisme".

Pour Maslach.

Il existe plusieurs registres de solutions : les "internes" centrées sur l'individu et qui consistent à se mettre à distance du travail, à se divertir, à avoir des activités physiques....Les "externes" qui reposent sur l'environnement, par exemple réduire le nombre de patients par soignants, diminuer les heures de travail, mais aussi partager les responsabilités.

Un troisième volet se situe entre ces deux domaines et fait appel à la revalorisation des communications interpersonnelles.

Dans une enquête de Pines et Maslach (1978) auprès de personnel soignant en milieu psychiatrique, ce type de solutions préventives s'étaient vu mettre en application presque "inconsciemment" par les soignants.

Ainsi par exemple, ceux qui s'accordent une coupure au cours de leur journées ont une vision plus "positive" d'un patient schizophrène que les personnes qui n'ont pas pris un temps de pause, toute la nuance résidant finalement entre un éloignement réparateur ponctuel et la mise à distance qui conduit à la déshumanisation.

Un autre point relevé dans cette enquête concerne le contenu même des réunions de services où les "cas" des patients sont abordés. Il semble que pour améliorer la qualité des soins et éviter la déshumanisation, il faudrait parler au cours de ces réunions non pas de problèmes médicaux, mais de la façon dont les soignants perçoivent la personne malade.

Enfin, Pines et Maslach concluent en insistant sur la nécessité première et évidente de faire une prévention auprès des étudiants et de les préparer au cours de leurs enseignements à gérer le stress qu'ils pourront rencontrer ultérieurement.

Pour Lauderdale (cité par Combrez et al,1985).

Il existe cinq types de solutions face au "burn-out". La première, temporaire, consiste en une "relâche" (changement de routine, privilégier les loisirs).

Une étape ultérieure est le "compromis" entre les attentes personnelles et les conditions de travail.

Le "nouveau départ" présente une modification plus sérieuse (changement d'hôpital par exemple). Le risque évidemment peut être un simple déplacement avec répétition des mêmes troubles.

La quatrième solution fait appel à un changement interne qu'il nomme "voyage intérieur". Il correspond le plus souvent à une démarche psychothérapique.

La dernière solution, plus risquée, est la "mutation", changement profond tant dans les conditions extérieures qu'intérieures.

Pour Macinick (1990).

La plupart des solutions dites "externes" reste selon cet auteur du domaine irréaliste : comment peut-on réellement s'arrêter à sa convenance, réduire ses horaires etc...

Elle préfère compter sur les changements de la personne qui seraient plus réalistes. Il faut alors accepter les données du système et les comprendre pour pouvoir vivre et travailler avec.

Ainsi, face aux stades déjà évoqués d'enthousiasme, de stagnation, de frustration et d'apathie, l'attitude personnelle à adopter sera tour à tour "réalisme, mouvement, satisfaction, engagement".

Pour Grantham (1985).

La prévention du "burn-out", "syndrome psycho-social menacé d'aspécificité", renvoie à des mesures de soins tout aussi aspécifiques associant une intervention sur des facteurs personnels et des facteurs d'environnement.

Ces mesures globales ont une portée thérapeutique incertaine (bien que parfois réelle) et ne sauraient donc être généralisées d'emblée.

Il en est de même pour les prescriptions médicamenteuses symptomatiques qui pourront être utiles mais de façon transitoire et adaptée à chaque cas.

L'auteur se demande finalement si les mesures préventives et thérapeutiques du "burn-out" ne se situent pas concrètement dans "la redéfinition de relations plus humaines dans le travail".

Enfin, pour Masson (1990).

Les causes du "burn-out" sont à rechercher dans les facteurs inter et supra-institutionnels, les facteurs individuels étant importants mais non suffisants pour expliquer l'ubiquité du phénomène.

Pour prévenir ses conséquences, il faut donc pouvoir analyser les facteurs institutionnels pathogènes au cours de discussion et d'échanges entre les différents intervenants.

O. Masson constate que malheureusement beaucoup de structures supposées travailler ensemble sont en fait très cloisonnées, ce qui entrave justement la communication.

En résumé, nous dirons qu'accepter et reconnaître l'existence d'un "burn-out" est déjà le premier pas pour tenter de l'enrayer, la suite étant plus complexe car il est difficile d'individualiser parmi les stratégies proposées celles qui concernent les causes et celles qui concernent les conséquences du phénomène dont nous vous proposons maintenant les explications **psychopathologiques et psychodynamiques.**

PSYCHOPATHOLOGIE DU BURN-OUT

1) Hypothèses concernant le burn -out lui même.

1 a LES PROFESSIONS A RISQUES POUR LE BURN-OUT.

Pour développer ce premier élément, nous commencerons par remarquer que le champ du "burn-out" s'est d'abord limité à certaines professions essentiellement définies par une relation d'aide ou de responsabilité envers l'autre. Ces professions ont peut être été l'objet privilégié des études car elles correspondent à des exigences croissant à un rythme accéléré.

En France, selon des données de M.Estryn-Béhar (1992), entre 1975 et 1986 le nombre d'actes techniques infirmiers a augmenté de 129 % , le nombre de journées d'hospitalisation en secteur public a chuté de 70,5 à 57,3 millions avec un nombre d'entrées qui a progressé de 5,4 millions à 7,3 millions et en revanche les effectifs du personnel soignant ont augmenté de moins de 30 % (contre une croissance de 112 % du personnel administratif).

Le profil des activités se trouve parfois un peu modifié. Ainsi, pour prendre l'exemple du médecin, il se trouve comme par le passé sollicité par des problèmes émotionnels difficiles (la douleur, la peur, la mort...) qu'il gère avec un savoir limité et parfois incertain.

Mais de plus, de nos jours, il doit accepter dans la relation avec son patient l'intrusion plus marquée d'un tiers, que celui-ci soit au niveau des instances étatiques, judiciaires ou médicales. Bien qu'encore idéalisé, le médecin d'aujourd'hui doit davantage justifier ses diagnostics, ne pas faire d'erreur, et a perdu une bonne partie de sa reconnaissance sociale (Bibeau, 1985).

Autre exemple avec les enseignants qui s'accommodent mal de leurs désillusions sur la valeur des diplômes auxquels ils préparent leurs élèves. Ils reçoivent de plein fouet l'angoisse agressive de la jeunesse, sans parler du mépris de certains parents (Lebigot et Lafont, 1985).

Les enquêtes réalisées par Burke et Greenglass (1989) en Angleterre chez les enseignants et les directeurs d'établissements révèlent un

épuisement professionnel plus grand chez les enseignants directement en contact avec les élèves. Les facteurs reconnus sont de type organisationnels (manque de moyen, classes chargées) et émotionnels (vision négative de l'école par les élèves) . Les enseignants présentent un taux d'absentéisme et de "symptômes psychosomatiques" plus important que leurs supérieurs hiérarchiques et ceci étant corrélé avec les degrés d'épuisement.

Un autre corps de métier pouvant souffrir de "burn-out" est représenté par les policiers. D'après Lavallée (cité par Bieder, 1985), les policiers exercent une profession décriée et ne reçoivent pas plus l'estime des citoyens que la leur. Le travail est polymorphe, parfois dangereux physiquement, le policier élabore le plus souvent des défenses rigides qui entraînent conflits personnels et familiaux.

Les conditions psychologiques et sociales (menaces, manque d'estime, perte d'idéal ...) concourent à l'épuisement (mise en évidence par les enquêtes de Burke et Deszca, 1986, au moyen du M.B.I et grille de Cherniss).

Pour Lebigot et Lafont (1985) , les gendarmes méritent une mention spéciale car on leur demande d'assurer avec sérénité toutes les contradictions de la société française (ils doivent donner à la violence institutionnelle un "visage bon enfant").

Les professions "d'aide" ont en commun d'obliger les individus à soutenir en permanence une image idéalisée d'eux mêmes dans des conditions de plus en plus difficiles.

D'autres professions épuisent aussi mais sont retrouvées de façon plus rare dans la littérature. Nous pouvons en reconnaître deux groupes:

- professions où il existe une position de dépendance face à une instance "mysterieuse et omnipotente" par exemple l'état ou l'entreprise.(Lebigot et Lafont, 1985). Les exécutants lointains qui servent ces instances n'en reçoivent pas ou si peu l'aura et le prestige. Il s'agit souvent de tâches répétitives et monotones : ouvriers spécialisés, téléphonistes, employés travaillant dans les grandes administrations.

- le deuxième groupe inclue les professions qui ne tiennent pas compte des rythmes biologiques (travail posté ou de nuit) ou qui présentent des nuisances.

Ce type de métier n'a pas éveillé d'intérêt particulier chez les auteurs s'intéressant au "burn-out" . Il reste le domaine de l'ergonomie et de la médecine du travail.

Les ouvrages Américains de Freudenberger et Pines , Aronson et Kafry accordent une place certaine au "burn-out" des cadres et des "yuppies", professions envahies de stress et de compétition et largement menacées dans leur santé mentale. Un article récent de Lee et al, (1991) décrit les concernant un "syndrome de fatigue chronique" auquel il a été attribué des morts subites de cadres japonais.

Les approches psychopathologiques concernant le "burn-out" se sont fait selon deux axes : cognitivo comportementale et psychanalytique.

1 b LES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.

Maslach établit un lien conceptuel évident entre le "burn-out" et le stress. De façon explicite, le "burn-out" apparaît "comme résultant des effets cumulatifs du stress dans l'environnement de travail" ou comme "un drainage émotionnel du stress chronique" (Maslach et Jackson, 1981).

C'est du côté des conditions de travail (conflits et ambiguïtés des rôles, surcharge qualitative) et non du côté des individus qu'il faut d'après Maslach chercher les causes du syndrome Le fonctionnement du sujet n'étant abordé qu'à travers ses modes de réponses au stress, Maslach se situe dans une lignée comportementaliste.

Elle dépasse toutefois le modèle réducteur initial où seul le milieu extérieur façonne les réponses de l'individu. Cette aversion pour le mentalisme et l'introspection caractérisait en effet les premières théories comportementales.

Actuellement, l'évolution des conceptions environmentalistes se fait vers une position selon laquelle l'environnement et la personne se déterminent l'un l'autre, c'est l'approche cognitive présentée par exemple dans l'ouvrage de Cottraux (1990).

Ce modèle interactionnel fonctionne selon les théories de l'apprentissage avec imitation, attente d'efficacité et de résultats (rôle des renforcements) observation visuelle, comportement, autorégulation et liberté.

La psychologie cognitive élargit le champ d'action du comportementalisme en étudiant les processus mentaux les plus élaborés, conscients et inconscients qui permettent à l'individu de s'adapter aux stimuli internes et externes.

Par exemple, Meier (cité par Scarfone, 1985) illustre cet aspect par différentes questions mentalisées et qui concernent :

- des attentes quant aux renforcements : "ce que je fais correspond-il à mes buts?"

- des attentes quant aux résultats : "est-ce que je sais ce qu'il faut faire pour obtenir des résultats?"

- des attentes quant à l'efficacité : "suis-je capable de faire ce qu'il faut pour parvenir à ces résultats?"

C'est une dysfonction de ces différentes étapes qui peut être en cause dans la création d'un "burn-out" en situation de travail.

Ainsi, Madeleine Estryn-Béhar est un médecin du travail, docteur en ergonomie, qui a réalisé plusieurs études sur le travail des soignants en milieu hospitalier et qui a constaté ces dysfonctionnements comportementaux.

Elle s'intéresse en général au contenu de la tâche et aux sources de stress spécifiques du métier d'infirmière, pour essayer de dégager les priorités d'une politique d'amélioration des conditions de travail.

Après une enquête auprès de 1500 infirmières de l'Assistance Publique des hôpitaux de Paris, elle a sélectionné 45 infirmières qui ont participé à des entretiens semi-directifs (Debray et al, 1988 , Estryn-Béhar, 1992).

Il apparaît que dans 82 % des cas, les infirmières éprouvent des sentiments négatifs alors qu'elles ne sont que 8,5 % à manifester des sentiments positifs. Les sentiments négatifs les plus fréquents sont la fatigue, "l'includence", la solitude, la technicité et la désorganisation.

"L'includence" est pour M.Estryn-Béhar une des composantes essentielles.

Il s'agit d'un terme emprunté à Tellenbach : la "constellation d'includence" chez cet auteur représente une organisation psychique caractérisant le plus souvent un patient unipolaire dépressif qui va s'enfermer dans des limites exigeantes pour réaliser ses activités, ces limites créant à leur tour des contraintes dans la réalisation de ses tâches (Olié et Petit jean, 1981).

M.Estryn-Béhar emploie ce terme de psychopathologie pour désigner "une situation qui paraît acquise, durable, sans possibilité d'y échapper".

Cette situation concerne dans le cas des infirmières le sentiment de se trouver "débordée par son travail à la fois dans le sens de la masse des tâches à accomplir et dans la perspective d'un temps insuffisant pour les réaliser".

D'après Estry-Béhar, les difficultés psychologiques ainsi constatées sont dues au stress et elle rapproche ses observations du processus de "burn-out."

Selon les théories comportementales sur lesquelles elle s'appuie, elle pense que cet état résulte d'une "impuissance apprise" du fait de l'absence de gratification et de récompense.

L'impuissance apprise décrit par Seligman en 1967 (Salehi, 1980) correspond à un phénomène où le sujet a pris conscience que ses actions ne menaient à rien devant une situation désagréable précise qui persiste malgré la mise en oeuvre de tous ses moyens d'adaptation.

Les infirmières travaillent ainsi pour elles mêmes dans la solitude et la responsabilité, ce qui décuple leur fatigue. L'absence de communication dans le système clos et monotone que représente le service de soins est à l'origine en tant que renforcement négatif d'un sentiment de dévalorisation chronique.

1 c LES APPROCHES PSYCHANALYTIQUES.

Nous avons esquissé l'idée lors de la présentation clinique, que le "burn-out" survenait dans un contexte particulier où, du fait des contraintes de travail et de stress, allait se majorer un conflit entre la réalité et la recherche d'un idéal. Le troisième intervenant dans cette situation conflictuelle est l'engagement que va déployer l'individu pour atteindre son idéal. Cet idéal, nous l'avons déjà relevé, renvoie à un but que le sujet s'est fixé ou que les valeurs de la société lui ont imposé. Il existe en tant qu'abstraction dans une représentation psychique.

Pour atteindre ce but, le sujet peut présenter ce que Freudenberg appelle un "engagement non mature". C'est un engagement excessif de type fusionnel dont le point d'impact se situe dans les ressources émotionnelles et qui va conduire à plus ou moins long terme à leur épuisement.

A contrario, une fois l'idéal atteint (ou sensé être atteint), la confrontation entre la réalité et sa représentation psychique initiale peut plonger le sujet dans une déception et une frustration importantes.

D'où ce "vide intérieur" qui résulte selon Freudenberg soit de l'engagement excessif avec épuisement des ressources, soit du désaccord entre l'idéal et la réalité sensée le concrétiser.

Freudenberg résume une partie de ses théories au travers d'une citation d' O.Wilde : "dans le monde, il existe deux sortes de tragédies : la

première est de ne pas obtenir ce que l'on veut, la deuxième c'est de l'obtenir".

Un autre aspect de ses théories insiste non pas tant sur la personnalité des sujets exposés au "burn-out" mais sur la responsabilité de la société. En effet il écrit : "le tableau est davantage le résultat d'un malaise récent que d'un traumatisme provoqué dans l'enfance. Pendant des années ces personnes ont une vie positive" ou encore: "ce qui leur arrive ne peut uniquement émaner d'eux, une grande partie du problème est sûrement attribuable à des facteurs extérieurs".

La société (ou ses substituts) jouerait finalement deux rôles :

- Elle participe à l'élaboration de la personnalité mais en y introduisant des fragilités ("culte du héros" et "rêve Américain" conduisent l'individu à penser que la récompense sera plus grande si l'on devient différent de ce que l'on est réellement).

- Ultérieurement, par la pression constante qu'elle exerce sur le sujet, elle représente le facteur déclenchant ou précipitant d'un épuisement.

Il est parfois difficile de se situer dans les explications données par Freudenberg, car certaines sont empreintes de contradictions (il n'y a pas de prise de position claire sur le rôle ou l'absence de rôle de la personnalité du sujet).

Fontaine, 1985 (infirmière, docteur en psychologie) a repris plus tard un profil de pensée proche de celui de Freudenberg et l'a longuement illustré par le modèle "type" de l'épuisement qui est le métier de soignant et en particulier celui d'infirmière.

Fontaine explique que ce métier est particulièrement exposé à l'épuisement de par l'inégalité de l'échange qui existe entre l'infirmière et son malade. L'infirmière dévouée et engagée dans son travail, se trouve en face d'une personne parfois peu capable de reconnaissance car en position de souffrance .

Cette dynamique de base se trouve aggravée par les conditions de travail peu favorables (manque d'effectifs, de moyens techniques) ou par les spécificités de soins difficiles à gérer (soins intensifs, urgences, oncologie, pédiatrie, psychiatrie).

Lorsqu'une infirmière débute sa carrière, il existe une phase initiale où les motivations sont grandes mais vont rapidement se heurter au réel avec sentiment d'impuissance, d'échec. Ce sentiment est incompatible avec les

valeurs premières attribuées au soin. Il s'en suit un sentiment de honte qui fait naître un besoin d'évitement.

Ce sentiment désagréable va l'amener à penser qu'elle n'est pas forcément responsable de cela et que ce sont peut être les patients qui sont mauvais (ils ne reconnaissent pas assez son dévouement).

Cette opération mentale de projection permet d'extraire du psychisme la pensée conflictuelle.

Un regain d'énergie au travail réapparaît alors (la tension psychique étant abaissée), mais se confronte à la même situation: autant de surmenage, de patients peu reconnaissants, alors que la souffrance et la mort persistent de manière presque provocante devant ses efforts démesurés pour les enrayer.

Cette perception du peu de gratifications de la part de ces personnes, que l'on voulait aider et que maintenant on méprise, va mener à une étape ultérieure où l'adaptation choisie est celle de la dépense psychique minimale qui va se manifester par la perte de force et d'énergie.

Quelques mises à distances, loisirs ou autre auront bien du mal à réparer le processus ainsi en cours.

Le bouleversement quotidien des valeurs établies fait émerger les souffrances anciennes, les deuils mal résolus et rend plus évidente l'ambiguïté du lien qui avait permis à l'idéal de se construire.

Mais cette impasse, avec détachement insupportable pour ce qui avait été une priorité, peut parfois conduire, en tant qu'étape de "crise", à une nouvelle croissance personnelle.

Malheureusement ce "dépassement" n'est permis qu'à ceux qui auront su gérer la crise au mieux, les autres trouvant un compromis moins confortable, seul aménagement salutaire que l'appareil psychique aura pu élaborer.

Fischer (cité par Scarfone, 1985) psychanalyste, s'est penché sur l'étude du "burn-out" et a voulu d'emblée distinguer deux situations qui souvent sont amalgamées. Il est parfois légitime qu'une personne qui rencontre des conditions de travail inadéquates présente une perte de l'estime de soi avec usure et lassitude ("worn-out"). Mais cette personne est capable d'aller voir son médecin pour demander de l'aide, pour dire "qu'elle n'en peut plus".

Par contre un sujet atteint de "burn-out" a un fonctionnement différent : pour maintenir l'illusion et l'espoir de correspondre aux critères d'un idéal qu'il s'est fixé, il va instaurer une lutte épuisante. Cette lutte est sans fin,

primordiale pour maintenir une estime de soi suffisante et correspond à un déni de la réalité qui conserve illusoirement une complétude narcissique.

Que ce soit en termes cognitivo comportemental ou à plus forte raison psychanalytique, l'élaboration de la personnalité apparaît comme un élément primordial dans la façon dont le sujet va pouvoir aborder les étapes de sa vie et de son travail.

1 d LES PERSONNALITES PREDISPOSANTES AU BURN-OUT.

Pour Crombez et al (1985), il n'y a pas d'études permettant de mettre en relation le syndrome d'épuisement avec un type particulier de personnalité. L'auteur remarque cependant que l'on trouve par exemple chez les médecins une proportion importante de personnalité de type A selon Friedman et Rosenman (goût du travail, sentiment de pression, d'urgence du temps et attitude compétitive) et qu'il s'agirait peut être d'une vulnérabilité au "burn-out".

De même Cronin et Stubbs en 1981 (cités par Debray et al, 1988) constatent que parmi 65 infirmières, 82 % se classent d'elles mêmes comme ayant un comportement de type A :

- elles attendent d'elles mêmes plus qu'il n'est possible.
- elles réalisent deux tâches à la fois avec une perpétuelle sensation d'urgence .
- elles résistent à l'innovation car celle-ci "ralentirait les choses".
- elles interprètent une simple offre d'aide comme une mise en doute de leurs compétences.

Indépendamment du type de personnalité, devenir médecin comporte certains risques comme l'indiquent les taux de suicides, de toxicomanie, d'alcoolisme et de consultations psychiatriques en comparaison avec la population générale (Mac Cawley cité par Mac cranie et Brandsma, 1988).

Cependant, nous pouvons nous demander si un individu ne choisit pas la profession qu'il voudrait exercer en fonction de sa personnalité.

Les personnalité de type A ont-elles la vocation de devenir infirmière ou est ce le travail d'infirmière qui fait évoluer la personnalité vers le type A?

Le choix d'être médecin pourrait déjà représenter une certaine disposition de la personnalité (Crombez et al, 1985).

Mac Cranie et Brandsma (1988) ont réalisé à ce sujet une enquête intéressante. Ils ont choisi trois promotions d'étudiants en médecine, qui comme il est d'usage aux Etats-Unis, avaient rempli à leur admission à l'université un test de personnalité (M.M.P.I). Ces trois promotions s'échellonnaient dans les années soixante. Les auteurs ont retrouvé ces médecins 25 ans plus tard et leur ont demandé par courrier de remplir une échelle de "burn-out". Il a été ensuite tenté de corréliser les degrés de "burn-out" avec les données du M.M.P.I. La cohorte de médecins était constituée bien évidemment de spécialistes différents ainsi que de médecins généralistes, certains étaient perdus de vue et certains n'ont pas répondu (au total, participation de 440 sur 625). Il ressort de cette étude que les médecins présentant un haut degré de "burn-out" actuel accusaient au début de leur études certains traits de personnalité au M.M.P.I.

Ces traits concernent :

- une tendance à reconnaître certaines difficultés personnelles et psychologiques
- des sentiments de tristesse (trait de dépression).
- de l'anxiété avec incapacité à faire face (trait psychasthénique et névrotique).
- de l'anxiété lors des confrontations sociales (introversion sociale).

Les auteurs concluent que le risque d'épuisement est donc associé à des traits de personnalité tels que "faible estime de soi, manque de confiance, tendance à l'humeur dysphorique et aux préoccupations obsessionnelles, anxiété, passivité et retrait".

Mais inversement, les traits de personnalité ne sont pas retenus comme prédictifs de l'épuisement ultérieur et cela pour différentes restrictions d'ordre méthodologique (correlations faibles, taux de falsification du M.M.P.I. initial non négligeable, nombre de non-réponses).

Par contre, il a été établi que la fréquence du "burn-out" n'est pas influencée par les variables extérieures telles que la spécialité, le mode d'exercice, le temps de travail.

Le "burn-out" semble résulter d'une perception subjective des conditions de travail, notamment en fonction de l'estimation personnelle du stress.

D'autres études citées dans cet article ont repéré des traits de personnalité identiques (anxiété, mauvaise estime de soi, dépressivité) chez les médecins qui avaient fait une tentative de suicide.

Pour Roeske (cité par les mêmes auteurs), de telles tendances de la personnalité font éprouver au sujet une ambivalence vis à vis de la médecine (aimant toujours son métier mais supportant mal les frustrations et l'ambiguïté souvent présentes dans l'exercice quotidien). "La médecine en tant que profession n'a pu satisfaire les propres attentes du sujet".

Husted et al,(1989) reprennent un de ces éléments psychopathologiques, "l'estime de soi" et écrivent qu'une "estime de soi négative résulte du burn-out et contribue à le développer". Ainsi, le renforcement de cette composante de la personnalité permettrait de diminuer l'épuisement professionnel.

L'estime de soi et sa solidité sont effectivement une des conditions nécessaires pour une vie "en bonne intelligence avec soi même et les autres" (Dessuant, 1988).

L'estime de soi provient en partie du Narcissisme infantile et se construit par l'acquisition du sens de la réalité. Elle permet un aménagement "supportable" par rapport aux différentes "blessures narcissiques" rencontrées quotidiennement. La notion de Narcissisme et de ses défaillances apparaissent souvent dans les écrits sur le "burn-out".

Pour Raix (1990), les traits de personnalité et les personnalités abordés dans la littérature sur le "burn-out" correspondent aux "états limites" tels que les a décrit Bergeret (1970,1985).

Nous rappelons que ce groupe des états limites est un groupe distinct des névroses et des psychoses et correspondrait à une "maladie du Narcissisme". Les principales caractéristiques d'une personnalité état limite sont les suivantes :

- Si l'on considère la lignée évolutive de la personnalité, le Moi de l'état limite a dépassé le danger psychotique de morcellement mais n'a pas réussi à accéder à une relation génitale d'objet.

- l'angoisse de perte d'objet dont souffre inconsciemment le sujet se traduit par un vécu passé malheureux et une espérance de sauvetage investie dans la relation de dépendance de l'autre. "Le danger permanent contre lequel se défend l'état limite est la dépression". L'angoisse de perte d'objet est différente de l'angoisse de morcellement et de l'angoisse de castration.

- la relation d'objet est anaclitique (du grec "s'appuyer contre"), de type prégénitale. Le moi se clive en une position anaclitique et en une autre bien adaptée rendant ses sujets "actifs, séduisants et adaptables".

- les instances idéales sont marquées par une faiblesse des positions du Surmoi et de la culpabilité en opposition de la lignée névrotique. L'Oedipe a été évité selon une séquence Narcissisme-Idéal du Moi-Blessure narcissique-Dépression.

- L'idéal du Moi est "gigantesque et puéril" selon Bergeret. Les sujets abordent les réalités avec l'ambition démesurée de "bien faire" pour conserver l'amour et la présence de l'objet. Si un écart entre le Moi et l'Idéal est nécessaire pour les acquisitions de l'évolution personnelle, une trop grande distance entre ces formations induit un sentiment déprimant d'infériorité. Nous rappelons que l'Idéal du Moi correspond chez Freud à une "instance de personnalité résultant du Narcissisme et des identifications aux parents, à leur substituts et aux idéaux collectifs. En tant qu'instance différenciée, l'Idéal du Moi constitue un modèle auquel le sujet cherche à se conformer". Le Surmoi est l'instance qui surveille le Moi et le mesure à son Idéal.(Dessuant, 1988)

- la dernière caractéristique de l'état limite (après la spécificité de son angoisse, de sa relation d'objet et de ses instances idéales) concerne les formations réactionnelles de défense. Elles requièrent une grande dépense d'énergie et conduisent à une hyperadaptation. Elles font appel aux mécanismes de clivage et d'identification projective (maîtrise de l'objet) ainsi qu'au déni à l'évitement et dans une moindre mesure au refoulement. Le "clivage" évoqué dans ce cas concerne les représentations objectales et non un véritable dédoublement du Moi (le Moi de l'état limite se "déforme").

Nous pouvons ainsi mieux comprendre la séquence psychopathologique avec laquelle une personnalité état limite réagit, séquence que Raix adopte pour expliquer le processus de "burn-out". Le sujet état limite éprouve une grande dépendance envers l'autre. La frustration lui est difficilement supportable et l'échec annonce pour lui un risque de "perte d'objet" intolérable. Le risque de rupture expose alors à la dépression (qui reste en général sur un mode "névrotique")

Pour Lebigot et Lafont (1985) il n'y a pas de structure de personnalité propre prédisposant un sujet au "burn-out". Les auteurs constatent dans la littérature un éventail qui va de sujets névrotiques, obsessionnels, états limites, pathologies du caractères et personnalités sensibles, bref, des traits peut être un peu plus marqués que dans la population générale.

Par contre, ces sujets auraient comme dénominateur commun un état psychologique particulier, caractérisé par son "illogisme".

Un tel sujet se présente comme quelqu'un qui résiste à accepter une aide dont il a pourtant besoin. Il refuse d'interrompre ses activités malgré des troubles évidents qu'il dénie, le tout étant vécu sur un mode persécutif.

Finalement pour ces auteurs, il s'agirait plutôt d'une "personnalité de base de l'homme occidental" représentée par deux types d'organisations que Lebigot a baptisé par commodité (mais aussi bien entendu par référence à des ouvrages théoriques "la révolte contre le Père" et "le complexe de Narcisse") : "le Révolté" et "le Narcisse":

- pour le Révolté, il existe une confrontation permanente à la toute puissance paternelle. Cette confrontation est en fait une exigence vitale car elle permet de projeter sur le monde environnant son malaise existentiel, de justifier le fonctionnement social dans sa complexité, de garder une position infantile. Il existe une confusion entre les droits et les devoirs, les relations aux autres deviennent des rapports de force. Le comportement est sous tendu par la crainte de perdre l'amour du maître qu'il s'est donné et qu'il croit haïr, d'où culpabilité.

- Narcisse renvoie à des positions plus archaïques et rejoint en plusieurs points les théories de Bergeret. La lutte pour la puissance et le bonheur sont du registre imaginaire. On retrouve cette ambivalence entre un Moi grandiose et une haine de soi même. Le défi est de réussir dans le regard de l'autre, renvoyant à son incapacité propre.

La rencontre de ces deux personnages et d'une situation de travail va créer un épuisement : chez le Révolté par la "recherche d'expiation d'une faute avec l'avantage moral d'être victime d'une noble tâche", chez le Narcisse, l'épuisement va donner "une limite infranchissable qui donnera un contour à son image".

Finalement l'auteur se demande si l'épuisement professionnel ne représente pas en somme un "désir d'épuisement".

A côté des approches psychanalytiques concernant la personnalité d'un sujet pouvant s'épuiser au travail, nous trouvons dans la littérature une référence fréquente aux théories de l'apprentissage social de la personnalité. Cette théorie est basée sur une construction de la personnalité qui fait appel au "comportement appris" : le comportement se développe, change avec l'expérience incluant non seulement l'action de l'individu mais aussi ses pensées, ses sensations, ses désirs.

L'unité de la personnalité se trouve à la fois dans sa stabilité et son inter dépendance avec le milieu (Cottraux, 1990).

L'individu cherche en général à maximiser son renforcement positif (conséquence favorable d'un comportement) dans n'importe quelle situation.

A ce niveau intervient un concept important qui est celui du "lieu de contrôle" développé par Rotter en 1966 (Salehi, 1980).

Ce concept consiste pour l'individu à croire ou non que son propre comportement ou sa propre capacité et disposition interne déterminent les renforcements reçus. Il existe ainsi deux types de lieu de contrôle : interne et externe. Les individus dont le lieu de contrôle est interne perçoivent les renforcements comme contingents à leurs propres comportements et croient pouvoir influencer les événements qui suivent leurs comportements. Ces sujets ont l'impression qu'ils peuvent "contrôler leur destin".

Les différentes études les concernant et présentées par Salehi en donnent les caractéristiques suivantes :

- ils sont plus attentifs aux aspects de l'environnement.
- ils prennent plus de dispositions pour améliorer les conditions de cet environnement.
- ils placent plus de valeur dans "l'habilité" que dans le "hasard" pour la réalisation de leurs tâches.
- ils résistent mieux aux tentatives d'influence de l'extérieur.

Au contraire, les sujets qui présentent un lieu de contrôle externe perçoivent le renforcement en général comme le fait du hasard, de la chance ou du destin, de façon non contingente à leurs propres actions.

Le problème chez de tels individus est que cette croyance de n'avoir aucun contrôle sur les événements et les renforcements peut conduire à des actions mal ajustées.

De même, plusieurs études ont montré la fréquente association entre l'externalité et les troubles psychopathologiques. Mais en tant que simple corrélation il n'est cependant pas établi de lien de cause à effet absolu. Il a été retenu que les individus externes présentaient une anxiété de type inhibitrice et qu'ils étaient plus exposés à des conditionnements de type "impuissance apprise" (telle que nous l'avons déjà définie) et notamment dans une dimension dépressive.

Cependant, la prise en charge psychothérapique de tels sujets augmente leur note d'internalité (mesurée au moyen d'une échelle spécifique du lieu de contrôle établie par Rotter).

Hillaiet-Hoffbeck (1991), cadre infirmier, a proposé cette échelle à 21 infirmières en gériatrie. L'échantillon est sans doute trop petit pour généraliser les conclusions mais l'auteur constate que les infirmières se

présentent avec un lieu de contrôle externe les exposant donc, d'après ce que nous venons d'énoncer, à des difficultés psychologiques éventuelles.

Cet auteur poursuit dans le cadre d'un D.E.A. de psychologie cognitive cet axe de recherche qui, s'il était confirmé, présenterait un intérêt dans l'explication et la prise en charge des difficultés dans le travail.

Le lieu de contrôle se trouve être aussi une des trois composantes du concept de "robustesse de la personnalité" ("personality hardiness", défini par Kobasa en 1979) à côté de "l'engagement" et du "défi".

M.Topf (1989), a étudié chez 100 infirmières de médecine et de chirurgie les corrélations entre les trois dimensions de cette "robustesse" et les niveaux de stress professionnel et de "burn-out". Il n'a pas toujours été vérifié qu'une personnalité "robuste" est associée à des niveaux bas de stress et de burn out.

Un lieu de contrôle externe augmente le niveau de stress professionnel mais n'est pas corrélé à l'épuisement.

La dimension d'engagement a été corrélée à un épuisement émotionnel élevé et à un faible accomplissement personnel.

Il s'agit dans cette étude de corrélations qui (comme le reconnaît l'auteur) ne peuvent être reconnues comme ayant des relations causales.

Le syndrome de "burn-out" se partage donc entre deux courants de pensée :

- initialement, c'est un psychanalyste qui l'a décrit, mais de façon un peu paradoxale, il récuse d'inclure la structure de personnalité dans le trouble présenté.

- Maslach et Pines suivis par de nombreux auteurs l'ont abordé en terme cognitivo-comportemental, l'action du milieu étant alors prépondérante, sous tendue par l'adaptation du sujet aux facteurs de stress.

Si un type de personnalité n'a pas été retenu de façon définitive comme prédisposant au "burn-out", les auteurs s'intéressant à cette approche (aussi bien dans un registre psychanalytique que cognitif) proposent des réflexions passionnantes.

Le problème de toute cette dynamique psychopathologique reste sa difficulté à trouver une place originale à côté d'autres entités déjà existantes en particulier les troubles de l'adaptation, le stress, la dépression et l'anxiété que nous allons présenter.

2) Où se situe le burn -out ?

2 a TROUBLES DE L'ADAPTATION ET BURN-OUT.

Il est fréquent de lire que le syndrome de "burn-out" pourrait rentrer en fait dans le cadre d'un "trouble de l'adaptation" que celui ci soit sur un versant psychosocial ou plutôt clinique.

Deux sous chapitres sont donc proposés :

- l'aspect psychosocial : le retrait observé correspondrait à une mal-adaptation sociale qui peut cependant s'intégrer au modèle culturel dans lequel vit le sujet.

- l'aspect clinique et médico-psychiatrique : le "burn-out" pourrait répondre aux critères diagnostiques déjà existant des "troubles de l'adaptation".

Burn-out et désadaptation sociale.

Dans une perspective sociale, il faut considérer tout d'abord que l'époque actuelle est marquée depuis la deuxième guerre mondiale par des changements perçus comme rapides à l'échelle de la vie humaine. Et la seule constante qu'on y découvre est le changement lui même (De Verbizier,1985).

Ces changements imposent des efforts auxquels ne sont pas toujours préparés les individus et les institutions. Des déséquilibres s'observent liés à d'anciennes situations dépassées. Cette adaptation permanente et nécessaire n'est pas toujours possible pour tous et conduit alors à des formes de souffrance variées (découragement, ennui, fatigue, repli, évitement et révolte...).

Pour Corin et Bibeau, (1985) le "burn-out" survenant dans une période de basse conjoncture économique illustre précisément cette souffrance. Ce mot, accessible à tous, donne un "code" extérieur au sujet, lui permettant de dire en langage convenu son malaise. C'est un moyen pour légitimer une situation de retrait chez le travailleur qui ne peut plus accomplir sa tâche, sans qu'il soit pour autant pénalisé socialement.

Ce processus a pu être expliqué selon les auteurs par les travaux de Lincoln en 1938 qui a décrit des "modèles culturels d'inconduite" proposés par la culture aux individus et que ces derniers empruntent pour exprimer un malaise personnel et relationnel. Devereux (cité par Corin et Bibeau, 1985), ethnologue et psychanalyste, précise que les symptômes peuvent recouvrir des aspects très variables selon les personnes et les cultures. D'après lui, la

"fatigue névrotique", si proche du "burn out", autorise un retrait sans "perdre la face" dans une société où le prestige individuel est construit sur l'énergie et le succès au travail.

Grantham (1985) et Bibeau (1985) constatent en tout cas dans cette "inconduite socialement admise" un effet pygmalion indéniable, puisque "si l'on répète assez souvent à quelqu'un qu'il exerce une profession à haut risque, il peut très bien se mettre à chercher et à trouver les différents symptômes dont il est sensé souffrir". Ainsi, aux Etats-Unis, il n'est pas rare qu'un travailleur (cadre et profession d'aide) se présente en se disant affecté de "burn-out", réclamant ainsi un droit à l'épuisement avec un période d'arrêt.

Le rôle du médecin dans ce cas est primordial (Bibeau, 1985 et Dorion cité par Bieder, 1985) avec le risque déjà décrit sous le terme de "iatrogénie" par Amiel (1985) ou d'"hypersécurité sociale" par De Verbizier (1985) pour situer ces personnes qui "régilent leur comptes avec la société en devenant ou en se portant malade" au sein d'un système médico-social protecteur certes, mais de plus en plus générateur de désadaptation par exclusion.

Le "burn-out" dans ce cadre devient assez symbolique puisqu'il semble représenter aussi l'objet de lutte des formations syndicales. Certains (Laplante cité par Bieder, 1985) ont remarqué que s'il avait eu un succès important dans les professions d'aide aux Etats-Unis, c'était parce que celles ci sont particulièrement actives au point de vue syndical. L'enjeu est de maintenir une qualité de vie satisfaisante face à des employeurs qui exigeraient une productivité de plus en plus accrue. Le "burn-out" se trouverait donc à nouveau au carrefour entre la décroissance économique, l'exigence de productivité et le désinvestissement des travailleurs américains par rapport à leur travail (Bibeau, 1985).

Trouble de l'adaptation et pathologie psychiatrique.

Le "burn-out" n'apparaît pas dans les classifications de psychiatrie (D.S.M.III R. ou traité de psychiatrie du Québec) ce qui montre la résistance du monde psychiatrique à l'adoption de ce nouveau terme nosographique (ou se prétendant tel). S'il en est ainsi, c'est tout simplement, pour Grantham (1985), qu'il faut le classer selon les critères D.S.M.III dans la catégorie "trouble de l'adaptation".

En effet au cours de son expérience personnelle, ce psychiatre a été appelé à étudier de nombreux dossiers de mise en invalidité faisant état d'un diagnostic de "burn-out". Il pose deux cas de figures :

- ou l'usage du terme est erroné, recouvrant un syndrome psychopathologique franc (dépressif ou anxieux) relevant d'un traitement adapté.

- ou cet usage paraît se justifier -selon la modélisation des concepteurs- mais il existe alors une méconnaissance de l'aspect psychodynamique de la personne.

Grantham préconise donc en premier lieu une application scrupuleuse de la nosographie clinique psychiatrique dans ces pathologies adaptatives à expression mentale et une réflexion sur l'axe de la personnalité du malade.

Si l'on utilise les critères diagnostiques de l'Association Américaine de Psychiatrie, le syndrome de "burn-out" peut éventuellement s'insérer :

- soit en code V : besoin psychosocial sans diagnostic médical.

- soit plus vraisemblablement dans l'axe I : trouble de l'adaptation.

Il se situerait ainsi dans la catégorie 309-23 : trouble de l'adaptation avec inhibition au travail ou dans les études.

Il en existe d'autres formes possibles : avec humeur dépressive, anxieuse, plaintes somatiques, troubles des conduites qui doivent bien sûr être différenciées pour chaque cas du trouble psychopathologique correspondant (dépression, anxiété, personnalité antisociale...).

Les troubles de l'adaptation se retrouvent aussi dans la classification internationale des maladies de l'Organisation Mondiale de la Santé, dans la neuvième édition (I.C.D.9) sous la rubrique 309.

Il s'agit de troubles légers et transitoires survenant à tout âge chez des sujets n'ayant jamais présenté auparavant de troubles psychiques. Ces troubles sont relativement circonscrits ou propres à une situation, généralement réversibles, durant seulement quelques semaines ou quelques mois. Ces états sont en général étroitement liés dans le temps et dans leur nature à des situations professionnelles ou familiales de divers types :

- deuil, migrations, séparation.

- style de vie contraignant.

- situations propres au métier décrites naguère sous le terme "fatigue industrielle".

- transports longs et fatiguants entre le domicile et le lieu de travail.

Ces troubles peuvent s'accompagner d'une "réaction dépressive brève" ou "prolongée", un autre type pouvant s'accompagner "d'asthénie, d'anxiété, de peur ou d'ennui" (Bugard, 1985)..

Au cours d'une enquête réalisée en 1980 (citée par Debray, 1984), Andreasen et Wasek ont colligé 400 dossiers de consultations en psychiatrie pour lesquels un diagnostic de trouble de l'adaptation (D.S.M.III) avait été porté. Ils cherchaient à étudier les circonstances de survenue d'un tel trouble. La première remarque est que le tableau concerne une population jeune puisque les auteurs ont pu séparer deux groupes : adolescents (âge moyen 17 ans) et adultes (âge moyen 28 ans).

L'association avec une humeur dépressive domine (63 % chez les adolescents, 87 % chez les adultes) avec fréquence des troubles du comportement chez les plus jeunes et fréquence aussi de l'anxiété et des plaintes somatiques dans les deux groupes.

Si les adolescents citent les problèmes scolaires, ce sont les difficultés sentimentales qui arrivent en tête chez les adultes juste avant les problèmes professionnels et dans 40 %, il est fait état "d'autres circonstances" associées aux principales citées.

Cette constatation est intéressante, car elle permet de supposer qu'il est difficile d'identifier "un" seul facteur responsable de la désadaptation, ce qu'a pris en compte l'Association des Psychiatres Américains en transformant le critère A entre les éditions de 1980 à 1987 du D.S.M (cf annexe III).

Il apparaît donc que la notion d'adaptation renvoie aux relations entre un individu et les événements de la vie auxquels il doit faire face.

Holmes et Rahe (cité par Lhuillier et al, 1990) élaborent en 1967 une échelle des événements récents de la vie permettant de situer un sujet par rapport aux changements affectant sa vie pendant une période donnée. Les 43 items de cette échelle concernent la famille, le mariage, la résidence, le travail et la situation économique.... Ces événements peuvent être heureux ou malheureux, mais ils ont été retenus pour leur propriété de créer une tension par l'effort d'adaptation qu'ils impliquent. Plus le sujet aura eu des changements à affronter dans une période donnée, plus la probabilité qu'il connaisse des problèmes de santé majeurs au cours de l'année suivante sera forte. Des critiques concernant cette échelle sont apparues en particulier sur le fait que les événements marquants retenus étaient objectifs mais de façon globale, tenant peu compte des facultés individuelles d'adaptation. D'autres échelles ont été publiées : celles de Paykel et Kanner en 1981 ou Ferreri et Vacher... La tendance évolutive de ces échelles est de tenir compte

de la perception du changement par l'individu lui même. Selon Folkman et Lazarus (1986 b), ce sont au contraire les faits apparemment sans importance de la vie quotidienne qui présagent mieux, par leur caractère plaisant ou déplaisant, de l'état de santé et du moral d'un individu.

Ainsi l'approche clinique du "burn-out" au moyen de critères diagnostiques du trouble de l'adaptation permettrait de confirmer les thèses de Corin et Bibeau, (1985) qui l'envisageaient comme une réaction de retrait face à une situation perçue comme difficile.

Au travers des critères diagnostiques du trouble de l'adaptation, la notion de stress est évoquée et demande à être précisée, cette notion jouant un rôle non négligeable dans le développement du syndrome de "burn-out".

ANNEXE III :

**CRITERES DIAGNOSTIQUES DES TROUBLES DE
L'ADAPTATION.**

Tableau 1

A Une réaction non adaptée à un facteur de stress psychosocial identifiable, apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci.

B Le caractère non adapté de la réaction se traduit par l'une des deux manifestations suivantes :

(1) un handicap du fonctionnement social ou professionnel.

(2) des symptômes exagérés par rapport à une réaction normale et prévisible à ce facteur de stress.

C La perturbation n'est pas simplement un exemple parmi d'autres d'une réactivité exagérée habituelle à des facteurs de stress, ni une exacerbation de l'un des troubles mentaux décrits précédemment.

D Il est supposé que la perturbation va, en définitive, cesser après la disparition du facteur de stress ou, si celui-ci persiste, dès qu'un nouveau degré d'adaptation sera atteint.

E La perturbation ne répond aux critères d'aucun des troubles spécifiques cités précédemment, ni à ceux du deuil non compliqué.

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, A.P.A. 1980).

Tableau 2

A Une réaction à un facteur de stress (ou à de multiples facteurs de stress) psychosocial(aux) identifiable(s), apparaissant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci(ceux-ci).

B Le caractère non adapté de la réaction se traduit par l'une des deux manifestations suivantes :

(1) un handicap du fonctionnement professionnel.(scolarité incluse) ou des activités ou relations sociales habituelles.

(2) des symptômes exagérés par rapport à une réaction normale et prévisible à ce facteur de stress.

C La perturbation n'est pas simplement un exemple parmi d'autres d'une réactivité exagérée habituelle à des facteurs de stress, ni une exacerbation de l'un des troubles mentaux décrits précédemment.

D La réaction non adaptée ne persiste pas au-delà de six mois.

E La perturbation ne répond aux critères d'aucun des troubles mentaux spécifiques et ne constitue pas un Deuil non compliqué.

(Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, A.P.A. 1987).

2 b STRESS ET BURN-OUT.

Nombreux sont les auteurs qui ont reproché la trop grande similitude du "burn-out" avec le concept de stress, le premier intégrant le second dans la plupart de ses définitions (Bibeau, Crombez, Scarfone, Jackson...) Pour en donner quelques exemples, Pines et Maslach (1978) le conçoivent comme "aboutissement d'un stress chronique". Cherniss (cité par Bibeau, 1985) comme "retrait psychologique par rapport au travail en réaction à un stress excessif". Farber (cité par Bibeau, 1985) le voit comme "une étape finale dans une progression de vaines tentatives pour affronter une variété de conditions stressantes perçues comme négatives". Enfin, Harris (cité aussi par Bibeau) écrit "qu'il résulte du stress et l'accompagne". Sous cette optique le développement de quelques rappels sur cette notion de stress est nécessaire..

Rappel historique et évolution actuelle du stress.

Le mot stress vient du latin "stringere" qui signifie "étréindre, serrer, lier". Dès le XVIIIème siècle, stress est employé en langue anglaise pour traduire la souffrance, les épreuves, les privations, bref les conséquences d'une vie difficile s'exprimant en un seul mot (Stora, 1991).

Au XVIIIème siècle, le sens se modifie et évoque la force, la pression, la charge produisant une tension et à plus ou moins long terme une déformation d'un objet.

C'est par analogie que le raisonnement allait associer à cette conception physique du stress une conception médicale et psychologique, les agressions liées aux conditions de vie pouvant entraîner des dommages physiques ou mentaux chez les personnes.

En 1914, Cannon utilise le mot stress dans un sens physiologique et en 1928 dans un sens psychologique : "le stress correspond à des stimuli aussi bien physiques qu'émotionnels en rapport avec l'organisation sociale et industrielle". Il crée la notion fondamentale d'homéostasie : "ensemble de processus dynamiques visant à la maintenance du milieu interne", et insiste sur la non spécificité de la réponse sympathique en fonction du stimulus (Stora, 1991).

Mais c'est à Hans Selye (cité par Chazarin, 1991 et Stora, 1991) biologiste canadien, que nous devons l'essor considérable de ce concept.

Dès 1936, il propose la définition suivante : "le stress est l'ensemble des réponses non spécifiques provoquées par un agent agressif quel qu'il soit".

Il décrit alors le "Syndrome Général d'Adaptation" avec ses trois phases :

- phase d'alerte : phase de choc avec décharge d'adrénaline.
- phase de résistance : stade d'adaptation maximale avec action cortico-surrénalienne prédominante.
- phase d'épuisement : effondrement des mécanismes d'adaptation pouvant conduire à la mort.

Pour Selye, le stress est avant tout une réponse physiologique. L'intensité du stress n'est jamais à zéro, oscillant dans un continuum entre la sous-stimulation et la sur-stimulation, seuls les extrêmes (la déprivation et l'excès) étant des situations véritablement dangereuses (Amiel, 1989).

Ses travaux ultérieurs ont étendu la définition des stressors à : "toute demande extérieure qui dépasserait un certain niveau d'intensité en affectant l'organisme humain".

Ses théories ont fait l'objet de critiques diverses, la plus commune concernant la notion d'"universalité" propre au syndrome général d'adaptation et le court circuit habituel de l'appareil mental de l'individu. Son modèle est de moins en moins retenu, les auteurs préférant parler de "mosaïque d'adaptation".

Selye (cité par Lhuillier et al, 1990) écrit pour sa part en 1981 : "le concept de stress lui même n'est pas assez clair pour faire l'objet d'une analyse scientifique". Son problème majeur réside dans la confusion sémantique dont il fait l'objet puisqu'il est à la fois :

- une force, un stimulus externe quel qu'il soit.
- l'ensemble de la réaction entre agent de stress et résultat.
- un résultat de ce stimulus.

Le stress en quelques décennies perd sa spécificité, il devient un "signifiant de mal être individuel et collectif" assez commode à utiliser et l'intérêt se porte maintenant aux facteurs l'initiant à travers les notions de conflit, d'ambiguïté de rôle, d'interrelations dans le travail et de déroulement de la carrière professionnelle.

Facteurs de stress professionnel et burn-out.

* **Conflit et ambiguïté de rôle.**

Le conflit de rôle se définit comme la contradiction provoquée par des demandes différentes à un individu qui, soit ne désire pas répondre vraiment à ces demandes, soit pense qu'elles ne rentrent pas dans la définition de ses tâches.(Stora, 1991).

L'ambiguïté de rôle est définie comme l'absence de clarté sur le rôle de l'individu au travail, sur les objectifs à atteindre et sur l'étendue de ses responsabilités.

Dailey (1990), Deckard et Present (1989), Wolpin et al (1990) et surtout Cherniss (cité par Burke et Deszca, 1986) ont corrélé de manière significative ces facteurs avec les niveaux de "burn-out". Les sujets qui éprouvent un conflit ou une ambiguïté de rôle dans leur travail ont des niveaux de "burn-out" élevés, une insatisfaction dans le travail ainsi qu'un sentiment permanent de tension (stress) avec baisse de l'estime de soi.

*** Le stress relationnel.**

Il concerne la nature des relations avec les supérieurs hiérarchiques, les subordonnés et les collègues de travail. Le manque de considération, l'incapacité à déléguer, la compétition et la rivalité ainsi que le manque de soutien d'une équipe conduisent là encore à une insatisfaction dans le travail.

Les relations interpersonnelles conflictuelles sont retenues comme un des facteurs les plus stressants. Là aussi différentes études les ont montré des corrélations avec un burn out élevé mais la relation de cause à effet est loin d'être établie. En effet, un individu présentant un épuisement va développer des troubles relationnels avec ses collègues de part son cynisme et sa tendance interprétative. C'est précisément cet état qui peut dégrader alors les relations interpersonnelles, l'ensemble s'inscrivant dans un processus interactif permanent.

*** Le déroulement de la carrière professionnelle.**

A chaque étape de la carrière professionnelle se déploie une adaptation spécifique avec le plus souvent : un début actif marqué par une certaine compétition, un milieu de carrière accompagné de déceptions (sentiment d'avoir atteint le "plafond"), une fin de carrière qui exige une énergie supplémentaire (Gayda et Vacola, 1985 , Stora, 1991)

A côté de ce modèle de déroulement qui a son rythme propre, il faut aussi considérer la possibilité de promotion et de perspective de carrière dans une profession, les deux aspects étant retenus comme facteurs de stress (Chazarin, 1991).

Le "burn-out" a été reconnu comme survenant lors de la première partie de cette carrière professionnelle et même très précocement (un an après le début du travail). Des recherches sont nécessaires pour estimer sa survenue à des stades plus avancés notamment au travers de "l'enkystement dans la routine" qui a pu être rapproché d'une adaptation au stress chronique (Chazarin, 1991 Besse et al, 1992).

Pour finir, deux sources de stress sont à isoler de manière particulière :

- l'organisation du travail par elle même peut générer un stress par son ambivalence : le groupe est à la fois protecteur et menaçant (menace de l'autonomie, de la liberté individuelle). Si cette ambivalence crée un stress trop important, on peut observer des phénomènes de "résistance au changement" (décrit par Stora, 1991) par des attitudes de non participation. Ce manque d'implication est un élément souvent retrouvé dans le "burn-out".

- la vie privée et le réseau de soutien social que connaît l'individu restent indissociables dans la perspective du stress professionnel. Il est erroné et utopiste de croire que les problèmes personnels "restent à l'extérieur une fois la porte du travail franchie".

C'est essentiellement pour cette raison que de nombreux auteurs préfèrent utiliser le terme de "réaction à risque" plutôt que "facteur de risque professionnel". Le terme "réaction" laisse la place pour entrevoir le problème essentiel : alors que le système neuro-endocrinien n'a sans doute peu varié depuis des millénaires, on ne sait toujours pas pourquoi les mêmes situations stressantes provoquent des réponses (voire des pathologies) différentes selon les individus et selon le contexte social (Bibeau, 1985).

La clinique et les facteurs de stress professionnels semblent induire la principale confusion entre stress et "burn-out". Les auteurs ont tenté de trouver la spécificité de ce dernier au moyen des approches cognitives et notamment du "coping".

Les modes de réponses au stress et au burn-out.

*** Rappels théoriques.**

C'est Lazarus qui, dès 1966, reprend une notion comportementale déjà décrite : le "coping" (Lhuillier et al, 1990).

Il s'agit des relations entre les événements stressants (majeurs ou mineurs) et les indicateurs de l'état d'adaptation . Le "coping" (du verbe intransitif to cope with : faire face à) est "l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences

internes et externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un sujet" (Lhuillier et al, 1990). Le coping peut être une activité motrice ou un processus de pensée.

Le modèle a bénéficié de plusieurs approches :

- une approche selon les caractéristiques de la personnalité.

Ce sont les travaux de Wheaton, Moos, Kobasa (Folkman et al., 1986). La personnalité est pour ces auteurs préexistante au coping, c'est elle qui va en quelque sorte le conditionner, offrant une réponse prédictible et répétable. La qualité de la réponse au stress dépend de la "robustesse" (hardiness) de cette personnalité. Cette robustesse comprend trois dimensions : l'engagement, le défi et le sens de la maîtrise. Ces qualités permettraient de modifier la perception des agents stressants, effet décrit comme "l'effet tampon" de la robustesse envers le stress (études auprès d'avocats et de cadres par Kobasa et al. de 1981 à 1983 citées par Topf, 1989).

- une approche plus nuancée par Pearlin et Schooler, (1978)

considère à la fois les caractéristiques de la personnalité et le mode propre de coping. Le sujet utilise de manière plus "souple" que précédemment ses différentes ressources qui ont été classées en trois groupes : les ressources psychologiques, les ressources sociales et les modes de confrontation spécifiques. Ainsi il est possible de modifier soit la situation de stress par elle même, soit sa signification, soit enfin les effets du stress proprement dits. Pearlin a conclu de ses études que suivant les différents domaines de la vie, l'individu aura tendance à privilégier une réponse plutôt qu'une autre et ce de manière assez spécifique.

- le troisième type d'approche est celle développée par

Folkman et Lazarus, (1986 a et b) qui tient compte d'une relation réciproque dynamique et permanente entre la personne et son environnement. Dans ce cadre, la réponse à un agent de stress passe par une évaluation cognitive initiale qui permet de préciser l'enjeu de la situation, puis par le choix du mode de réponse ou coping. Ce coping se fait soit par une adaptation centrée sur l'émotion : la signification subjective de l'expérience est modifiée par une prise de distance, un déni, de l'humour ou encore une réévaluation qui consiste par exemple à transformer une menace en défi (le point commun de ces stratégies est de diminuer la charge émotionnelle née de la situation stressante) ; soit par une adaptation centrée sur le problème : elle vise à modifier la situation elle même par confrontation ou résolution du problème. Ces auteurs ont tenté de mesurer l'influence du choix des modes de réponses sur la survenue de symptômes psychologiques. Ces choix ne sont

pas toujours stables et prévisibles chez une même personne. Les auteurs ont corrélé la confrontation, le déni et l'existence d'une symptomatologie dépressive. Un des modes de réponses le plus satisfaisant est la résolution du problème et l'abord des situations avec humour.

L'évaluation cognitive et le coping sont corrélés de manière moins claire avec les symptômes physiques.

* Coping et burn-out.

Aldwin et Revenson, (1987), Pierce et Molloy, (1990) ont posé le problème de la façon suivante : "plus le niveau initial de détresse émotionnelle est élevé et plus le problème est sévère, plus les individus sont portés à utiliser des modes de réaction mal adaptés accroissant encore la détresse émotionnelle".

Ceslowitz (1989) a utilisé l'échelle des modes de réponses de Lazarus et Folkman chez 150 infirmières et l'a comparée aux scores de "burn-out". Les infirmières ayant les scores les plus bas utilisent des stratégies de réponses à type de résolution du problème, réévaluation positive, recherche de soutien social qui sont considérées comme de bonnes réponses. A l'inverse, les infirmières présentant un haut degré de "burn-out" utilisent la fuite et l'évitement, le contrôle de soi et la confrontation qui sont des moyens moins efficaces pour une adaptation correcte du moins à long terme.

Keller (1989 et 1990) retrouve à peu près les mêmes résultats auprès d'infirmières et de médecins. Ceux qui utilisent des moyens de coping à court terme (fuite, recours à la rêverie, à des substances toxiques par exemple) ont un épuisement émotionnel plus important que ceux qui cherchent une résolution du problème ou qui considère la situation difficile avec humour.

Mais l'écueil de tels travaux - qui foisonnent d'ailleurs avec plus ou moins de sérieux méthodologique - reste dans le fait que le réel début du processus ne peut pas être identifié clairement.

Il s'agit donc d'un terrain de recherche ardu comme l'écrivent Jackson et al, 1986, qui pensent par ailleurs que la survie du concept de "burn-out" doit passer par sa différenciation du concept de stress.

Pour ces auteurs, l'approche par les théories du coping semble intéressante mais difficile. La déshumanisation serait pour elle un mode de réponse spécifique dans les professions d'aide et de relations à autrui, plus que l'épuisement émotionnel trop proche du stress justement.

2 c DEPRESSION ET BURN-OUT.

Si le "burn-out" est pour beaucoup d'auteurs proche du concept de stress, d'autres estiment qu'il est à rapprocher voir à confondre avec la dépression.

Encore faut-il savoir de quelle dépression l'on parle, tant cette maladie offre dans les classifications internationales de multiples facettes qui vont de la coloration névrotique aux délires.

En 1974 Freudenbergier écrit qu'un sujet souffrant de "burn-out" "agit et apparaît comme s'il était déprimé". Il confirme en 1980 que "le burn-out n'est pas une dépression" car le trouble se limite à un secteur de vie (disparition des signes hors travail) et le sujet ne ressent pas de la culpabilité mais de la colère.

Deux points sont à objecter :

- le premier est que ces remarques sont vraies si l'on considère le début du syndrome. Par contre lorsque le processus est engagé de façon plus sérieuse, tous les domaines de la vie peuvent être envahis avec une symptomatologie très semblable à celle d'un état dépressif authentique (repli, apathie, troubles du sommeil, perte de l'estime de soi et velléités suicidaires dans certains cas).

- le deuxième point concerne la notion de culpabilité qui n'est pas le critère indispensable au diagnostic d'un état dépressif.

La distinction entre "burn-out" et dépression est donc difficile à faire. Certains auteurs ne la font d'ailleurs pas à l'image de Raix (1990) qui écrit "comme mentionné dans la clinique, le burn out est une dépression". Il s'appuie pour cela sur :

- la ressemblance avec "la maladie des managers" (ou encore des dirigeants) décrite dans les années cinquante.

- la personnalité des sujets souffrant de "burn-out" qu'il identifie à celle des états limites (personnalités exposées essentiellement à des décompensations dépressives).

Dépression d'épuisement.

La "maladie des dirigeants" est équivalente à la description par Kielholz de la dépression d'épuisement faite en 1957 (Laxenaire, 1984).

Elle survient chez des sujets de la cinquantaine ayant de grandes responsabilités socio-professionnelles. Elle est catalysée par une maladie ou un choc affectif minime.

Le processus pathologique se déroule en trois phases qui peuvent s'échelonner sur plusieurs semaines ou plusieurs mois :

- Première phase : elle est caractérisée par une instabilité caractérielle. Le rendement intellectuel et mnésique diminue. Le sujet a conscience de son trouble sans pouvoir y remédier ce qui accroît son angoisse, puis lui fait perdre peu à peu toute initiative.

- Deuxième phase : elle s'amorce après ce sentiment d'échec. Elle est marquée par un repli sur soi avec des troubles dits "psychosomatiques" qui souvent motivent une consultation.

- Troisième phase : cette dernière phase représente la dépression elle-même avec thymie morose, péjoration de l'existence, dévalorisation et pessimisme. Il n'y a ni remords, ni culpabilité et à ce stade les capacités sont nulles du fait de l'importante inertie. Pour Laxenaire, cette notion finale d'épuisement est fondamentale. Il ne faut pas la confondre avec la fatigue qui est en fait une conséquence de l'épuisement et non une cause.

En réalité, il est difficile de reconnaître une constance dans la chronologie des symptômes.

Le traitement de cet état fait appel aux antidépresseurs associés à une psychothérapie.

La place nosologique de la dépression d'épuisement est selon Kielholz entre la dépression névrotique et la dépression réactionnelle. Elle serait due à la conjonction de traumatismes multiples et d'une personnalité particulière.

Cette personnalité a pu être abordée de différentes manières : ce sont comme dans le "burn-out" des sujets hyperactifs, consciencieux, investissant beaucoup dans le travail sans capacité de déléguer.

Nous reparlons là des personnalités de type A selon Friedman et Rosenman, personnalités qui seraient fréquentes dans les milieux de soins. Grinker (cité par Laxenaire) les dénomme "sujets caméléons" car s'adaptant à ce que l'on attend d'eux, camouflant leur affects et leur spontanéité.

Ces personnalités se rapprochent de celles décrites par Winicott avec leur "faux self" : vie inauthentique superficielle, coupée des réalités extérieures ou des personnalités "as if" qui vivent "comme si elles étaient exactement ce qu'elles paraissent".

Nous avons vu que ces notions ont été abordées par Freudenbergler lorsqu'il avait écrit son "candidat type" au "burn-out." Ce candidat n'est-il pas alors exposé précisément à cette dépression d'épuisement telle qu'elle a été décrite vingt ans auparavant ?

A côté de cette ressemblance avec la dépression d'épuisement, le "burn-out" a été comparé (Scarfone, 1985, Raix, 1990) à une autre entité très "européenne" aussi puisqu'il s'agit de la dépression essentielle décrite par l'Ecole de Psychosomatique de Paris.

Dépression essentielle.

P. Marty en 1968, au cours d'un séminaire de perfectionnement à l'Institut de Psychanalyse, présente le concept de "dépression essentielle" ou "dépression psychosomatique" ou encore "dépression sans objet" : "essentielle puisqu'elle constitue l'essence même de la dépression, à savoir l'abaissement du tonus libidinal sans contre partie positive quelconque".

Cette dépression est caractérisée par son absence de psychopathologie expressive, au cours d'un entretien où le patient d'ailleurs "ne demande rien car il ne souffre guère". Le motif de la consultation est banal : fatigue, incident somatique...Elle se déroule sans affects selon une relation "blanche" avec l'interlocuteur.

D'un point de vue psychopathologique cependant, la crise existe bel et bien avec installation d'un mode de pensée particulier décrit sous le terme "pensée opératoire". celle-ci est caractérisée par l'effacement des fonctions capitales sur toute l'échelle de la dynamique mentale. La pensée consciente colle au réel, sans lien avec une activité fantasmatique. Le préconscient est faible, il n'y a pas de vie onirique ni fantasmatique. Pour Marty, cette dépression représente une manifestation majeure de la "préséance de l'instinct de mort".

En effet, la perte de l'énergie libidinale sans compensation est finalement très proche du phénomène de mort (où l'énergie vitale se perd là aussi sans contre partie).

L'origine de cette désorganisation mentale fait suite à une angoisse automatique qui, du fait de la fragilité des sujets, va effacer les objets internes (chez le névrosé, c'est l'intrusion objectale qui crée l'angoisse. Dans la mélancolie, l'introjection objectale est associée à la culpabilité).

L'issue d'une telle dépression peut être sévère (morcellement somatique). Pour Raix,(1990) il existe certains points communs entre le "burn-out" dans sa forme "asymptomatique" et cette dépression essentielle. Elle peut représenter "le point de jonction entre l'infarctus du dirigeant et la rupture dépressive de l'infirmière parfaite et sans défaillance pendant vingt ans".

Le "burn-out" renfermerait ainsi une "une maladie dépressive à double détente : une forme occultée par des symptômes de lutte et une dépression sans symptômes (essentielle), sans passage obligée de l'une à l'autre". Leur origine est commune, "liée au travail dans la mesure où celui-ci est source de carence identificatoire chez un sujet à la personnalité fragile". Scarfone, (1985) retrouve aussi une "étrange ressemblance" entre le "burn-out" et la dépression essentielle. L'absence de symptômes positifs, la poursuite des activités habituelles sans tristesse ni autoaccusations, l'absence de demande d'aide le confirmeraient. Le rapport avec autrui, "instrumental, dévitalisé, pétrifié" tel que décrit dans le syndrome d'épuisement peut refléter en fait une vie opératoire selon la définition des psychosomaticiens .

Mais aux Etats-Unis, les théories psychosomatiques a fortiori psychanalytiques ne trouvent que très peu d'écho, seul Freudenberger présentant quelques points de réflexion communs avec de telles approches.

Comparaison burn-out et dépression par évaluation quantitative.

Meier en 1984 a étudié auprès de 320 enseignants plusieurs échelles et en particulier celles de "burn-out" (au moyen du M.B.I.), de dépression (Costello-Comrey Depression Scale C.C.D.) et de la satisfaction au travail . Son but était de vérifier la consistance interne du "burn-out" et de le comparer avec la dépression et d'autres variables.

La consistance interne a bien été vérifiée, mais il a été trouvé aussi une forte corrélation avec l'échelle de dépression ce qui fait supposer que cette cohérence interne correspondrait en fait à la cohérence interne du concept de dépression.

Pour Meier, les deux concepts semblent aussi "flous" l'un que l'autre. Dépression et "burn-out" ont comme point commun d'exprimer des sentiments négatifs de démoralisation. Leur approche par l'utilisation d'échelles ne permet pas d'appréhender leur réalité. Meier est convaincu malgré les résultats que l'étiologie du "burn-out" diffère de celle de la dépression et que l'évolution dans le temps des deux tableaux n'est pas la même.

L'état dépressif correspondrait à une perte brutale de renforcement alors que la personne peut encore éprouver des issues positives dans son travail. Dans le "burn-out" il s'agirait d'une perte insidieuse de renforcement sur une période de temps plus longue aboutissant à l'absence de satisfaction dans le travail.

Ainsi selon Meier, le "défi" pour les recherches ultérieures sera de repérer et d'analyser ce qui le rend différent de la dépression.

Firth lui aussi en 1986 a cherché à corrélérer les deux entités auprès de 200 personnes travaillant dans des structures de soins pour handicapés mentaux.

Le choix de cette population n'est pas un hasard puisque Firth appuie ses hypothèses sur la notion de "dépression professionnelle" qui a été décrite par Oswin en 1978 dans des milieux identiques.

La dépression professionnelle comprend des sentiments de lassitude, de déception avec sensation d'inutilité du travail accompli. Les infirmières finissent par se résigner à un tel état d'esprit, prennent de la distance et abandonnent toute possibilité d'améliorer les choses. Un tel état a été aussi dénommé l'"institutionnalisation du personnel" par Raynes en 1979.

Firth et al, (1986) sont d'avis que le "burn-out" ressemble beaucoup à cette dépression professionnelle et ont donc essayé de corrélérer M.B.I. et échelle de pessimisme de Beck pour confirmer leur idée. Ils ont associé un test de personnalité qui envisage les aspects intro et extra punitifs (Bedford and Foulds Personality Devince Scale).

Les résultats confirment la corrélation entre l'humeur dépressive exprimée au B.D.I. et la sous échelle d'épuisement émotionnel du "burn-out" ($p < 0,001$). Les corrélations avec l'accomplissement personnel ($p < 0,01$) et la déshumanisation ($p < 0,01$) sont plus faibles ce qui était d'ailleurs attendu.

L'épuisement émotionnel est corrélé avec les critères de la dépression professionnelle décrite par Oswin.

Le désir de quitter son poste a aussi été corrélé à l'humeur dépressive. Enfin, si le "burn-out" et la dépression se rejoignent bien sur l'humeur dépressive, une nuance intéressante a été mise en évidence : les personnalités de type extra punitives manifestent une forte perte d'empathie (sous échelle de déshumanisation), elles projettent leurs problèmes vers les autres. Les personnalités intro punitives expérimentent des degrés de pessimisme plus important avec manque d'accomplissement personnel, elles évitent tout changement et toute prise de décisions et sont associées à la dépression professionnelle.

Firth estime pour finir que le concept de dépression professionnelle est plus adapté pour décrire les tableaux de découragement au travail dans les institutions de soins au long cours, en accord avec les travaux d'Oswin. Il confirme la difficulté d'étudier les rapport entre le "burn-out" et dépression, les deux étant vraisemblablement liés bien que différents.

Haack(1988) enfin, les a abordés de manière intéressante dans une enquête longitudinale s'adressant à une cohorte d'élèves infirmiers (en première, deuxième et dernière année) à un an d'intervalle.

Il est confirmé que cette population d'étudiants à majorité féminine est fragile puisqu'il est trouvé 55 % de symptômes dépressifs sévères au moyen du C.E.S.D. (Center For Epidemiologic Studies Depression). Les niveaux d'ensemble du "burn-out" sont proches de ceux observés dans les groupes d'infirmières et de médecins en activité.

La consommation d'alcool est fréquente , augmentant vers le milieu du cursus pour rester stable ensuite.

L'élément intéressant est qu'il existe une évolution inversement proportionnelle entre la présence de symptômes dépressifs et celle de "burn-out". Ainsi, au fur et à mesure de leur progression dans le cursus, les étudiants manifestent moins de symptômes dépressifs alors que les scores de "burn-out" - et notamment celui de déshumanisation - augmentent régulièrement.

Haack émet l'hypothèse -déjà proposée par d'autres auteurs- que le développement d'un tel syndrome paraît être un moyen de défense contre l'affect dépressif. La prise de distance au moyen de la déshumanisation était l'élément fondamental de ce processus. Toutefois la haute prévalence de dépression trouvée dans l'étude interroge : est-ce que les personnes déprimées choisissent plus volontiers la carrière de soins ? Est-ce que le système d'enseignement est dépressiogène ? Est-ce que ces étudiants déprimés le resteront en abordant leur vie active ?

Autant de questions qui amèneront des propositions de réponses au niveau préventif et qui pourront éclairer d'une autre manière le problème du "burn-out".

2 d BURN-OUT ET ANXIETE.

Certains symptômes du "burn-out" , en particulier ceux du "registre psychosomatique" sont à approfondir, notamment dans leur rapport avec l'anxiété ou l'angoisse.

L'angoisse est selon Freud (Inhibition, symptôme et angoisse) un "état d'affect associé à un déplaisir". A l'origine elle serait apparue en réaction à l'état de danger que représente la naissance.

Cette angoisse initiale est appelée "angoisse automatique" et sera reproduite sous forme d'"angoisse signal" chaque fois que l'individu éprouvera une sensation de danger, que celui-ci soit "réel" (extérieur) ou pulsionnel (intérieur). A ce moment là, "l'angoisse signal d'alarme" permet d'induire la formation de symptômes qui vont soustraire le Moi à la situation de danger.

S'inspirant grandement des théories Freudiennes, l'école de Psychosomatique de Paris considère le malade psychosomatique en état de "névrose traumatique", c'est à dire présentant une fragilité extrême vis à vis des événements extérieurs ou des excitations internes.

Les sujets sont "incapables de traiter mentalement les conflits", au moyen par exemple de défenses élaborées comme les névrotiques, et présentent alors un processus de somatisation.

L'émotion première donne lieu "à des phénomènes mentaux puis somatiques sans que le mental qui précède dans le temps le somatique constitue en lui même une cause du somatique" (P.Marty cité par Stora).

Un des reproches fait aux théories psychosomatiques est qu'elles n'expliquent pas le choix de l'organe et le moyen par lequel il est atteint lors du processus de somatisation.

Le symptôme psychosomatique n'a souvent "pas de sens" contrairement au symptôme hystérique par exemple.

Les manifestations en sont des céphalées, des algies, des troubles digestifs (ulcère), un éréthisme cardiovasculaire voire de l'hypertension artérielle..., signalées dans les symptômes cliniques du "burn-out".

Mais Freud n'envisageait pas seulement le "symptôme" comme unique moyen de lutte contre l'angoisse. Un autre procédé relève de **l'inhibition**.

L'inhibition (limitation d'une fonction en physiologie) est définie par Freud comme "expression d'une limitation du fonctionnement du Moi, soit par mesure de précaution, soit à la suite d'un appauvrissement en énergie".

L'inhibition contrairement au symptôme est une modalité indifférenciée quant à sa structure (ce n'est pas un produit de formation de l'inconscient). Elle permet de renoncer à un fonctionnement qui provoquerait le développement de l'angoisse.

L'inhibition peut toucher les grandes fonctions vitales y compris dans le domaine du travail où il y existe alors une "diminution du plaisir à travailler, une exécution défectueuse de ce travail, des phénomènes réactionnels tels que la fatigue si le sujet s'est forcé à poursuivre le travail".

Pour en revenir au "burn-out", la description psychanalytique évoque ce qui est décrit dans l'épuisement émotionnel (je me sens fatiguée, au bout du rouleau, je travaille trop fort), dans la déshumanisation (devenir insensible, ne pas faire attention) et le manque d'accomplissement personnel (absence d'efficacité, d'énergie, d'épanouissement).

Cet aspect foncièrement névrotique a été décrit au siècle dernier dans la Neurasthénie de Béard : fatigue physique et intellectuelle, troubles fonctionnels. Cette Neurasthénie est proche des traits de caractère psychasthénique (Janet) avec sentiment d'incomplétude, d'inhibition affective.

Prince cité par Bibeau suspecte de ce fait le "burn-out" de n'être "qu'un maquillage de la Neurasthénie classique".

Les nosologies plus récentes décrivent une forme clinique **d'inhibition anxieuse** (Porot, 1984) chez des sujets hyperémotifs et timides, liée à un sentiment d'infériorité, entraînant des conduites d'effacement et d'évitement. Le retrait du "burn-out" pourrait alors bien y correspondre.

Que ce soit donc sous forme d'élaboration de symptômes psychosomatiques ou d'inhibition, le processus du burn out trouve probablement une partie de ses origines dans un sentiment d'angoisse mal métabolisé par le sujet.

Après cette présentation théorique illustrée par les données de la littérature, nous abordons une expérience plus pratique de l'épuisement en milieu de travail au travers d'une enquête d'épidémiologie descriptive dans un échantillon de population infirmière.

ETUDE DU BURN-OUT AUPRES D'UNE POPULATION D'INFIRMIERS. travaillant en milieu psychogériatrique au C.H.S. ESQUIROL

Nous avons présenté comment le syndrome de "burn-out" a trouvé un certain développement au sein des professions d'aide en Amérique du Nord. Nous nous sommes demandé si un tel phénomène clinique pouvait s'observer chez des soignants en France.

Nos hypothèses sont :

- d'une part que le "burn-out" a une valeur transculturelle limitée : il ne peut être transposé tel quel et sans réserve d'un pays à un autre.
- d'autre part que son contenu est finalement peu spécifique, ses caractéristiques cliniques le confondant avec un état dépressif.

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisi une population de soignants à laquelle nous avons proposé des échelles de psychopathologie quantitative.

1) Matériel et méthode.

1 a LA POPULATION CHOISIE.

La population a été choisie au sein du C.H.S. Esquirol de Limoges, et pour obtenir un échantillon suffisamment important d'infirmiers dont l'activité serait assez semblable, nous avons contacté les personnes travaillant dans les pavillons à orientation psychogériatrique uniquement.

Les autres secteurs de soin présentent des profils trop divers au niveau du recrutement des pathologies.

Dans le cadre de l'enquête, la population de soignants concernés comprenait 124 personnes travaillant dans les unités de psychogériatrie du C.H.S. Esquirol (tous secteurs confondus) en décembre 1991.

Une lettre a été adressée à chacun d'eux début janvier 92, en précisant le motif de l'enquête (épuiement professionnel) et son cadre (thèse de médecine), ainsi que la libre participation et la garantie de l'anonymat.

Un coupon réponse était joint pour faire part de l'accord ou du désaccord de la personne concernant le principe de cette étude (délai de réponse initial de 1 mois).

Une fois l'accord donné, la personne était rencontrée sur son lieu de travail pour remplir les différentes échelles d'auto et d'hétéro évaluation retenues.

1 b LE CONTENU DE L'ENQUETE.

L'enquête comprend trois parties :

Données descriptives générales

SUJET	SEXE
	AGE
	STATUT FAMILIAL
DIPLOME	TYPE DE FORMATION (psychiatrique spécifique ou diplôme d'état)
	ANCIENNETE
ACTIVITE PROFESSIONNELLE	DATE DEBUT
	MOTIVATION CHOIX EN PSYCHIATRIE (réponse ouverte)
	SERVICES ANTERIEUREMENT FREQUENTES
	FORMATIONS REALISEES
SERVICE ACTUEL	MOTIVATION CHOIX DE L'UNITE (obligation de rotation ou choix volontaire)
	MODE DE FONCTIONNEMENT DE L'UNITE (psychogériatrie aigue, chronique ou hopital de jour)
	ANCIENNETE

<u>ANTECEDENTS</u>	ARRET MALADIE DANS L'ANNEE ECOULEE
	SEJOUR HOPITAL
	PRISE D'UN TRAITEMENT MEDICAL

Echelles d'auto évaluation.

*** MASLACH BURN OUT INVENTORY :**

Ne disposant en France d'aucune échelle évaluant le phénomène de "burn-out", nous avons utilisé l'échelle américaine de Maslach, en gardant bien sûr à l'esprit que cette échelle n'a pas été validée statistiquement sur des populations françaises.

Des auteurs anglais (Firth) et australiens (Pierce et Molloy) ont employé cette échelle en l'absence de validation dans leur culture.

La traduction de cette échelle a été trouvée dans un article de Fontaine (Canada) et dans la traduction française du livre sur le "burn-out" de Pines, Aronson et Kafry.

Cette échelle de 22 items fournit au total 6 valeurs, à savoir, un score de fréquence et d'intensité pour les trois composantes du syndrome : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation et l'accomplissement personnel.

Les scores obtenus aux différentes sous échelles permettent de classer le sujet à un niveau "bas", "moyen", ou "haut" de burn out.

*** ECHELLE DE DEPRESSION DE BECK (Beck Depression Inventory 1961) :**

En matière d'échelle de dépression, il existe une grande abondance de questionnaires. Nous avons retenu celui de Beck, traduit par Delay et al. en 1963. Une version abrégée de 13 items a été proposée en 1972 et c'est celle que nous avons utilisée.

Pariante et Guelfi (1990) attribuent à l'échelle de Beck une fidélité et une consistance interne satisfaisantes qui ont pu être largement vérifiées.

Cette échelle comprend donc 13 items décrits par quatre énoncés correspondant à des degrés d'intensité, à cocher selon l'état présent. Ils abordent les principaux symptômes dépressifs y compris ceux qui évoquent des formes sévères. C'est un test reconnu comme valable pour apprécier la

prévalence des symptômes dépressifs en population générale, ce qui est le cas dans cette enquête.

Un score total est obtenu avec quatre groupes en fonction des seuils :

De 0 à 4	Sujet non déprimé
De 5 à 7	Sujet faiblement déprimé
De 8 à 15	Sujet modérément déprimé
Supérieure à 16	Sujet sévèrement déprimé

*** NURSING STRESS SCALE (N.S.S).**

Il apparaissait assez difficile de choisir une échelle de stress parmi là aussi les nombreuses proposées (essentiellement par les travaux anglo saxons). Au risque d'être criticable au point de vue méthodologique , nous avons tenu à utiliser une échelle Nord Américaine élaborée par P.Gray-Toft en 1981 et dont l'intérêt réside dans sa spécificité de l'exercice infirmier.

Une serie de situations "communément rencontrées à l'hôpital" est proposée et l'infirmière doit cocher "avec quelle fréquence elle a perçu cette situation comme stressante".

Sur la série de 34 items, il existe 7 sous groupes explorant des sources de stress variées (pour les principaux citons la mort et les mourants, les conflits avec les médecins et les collègues, le manque de support, la préparation inadéquate, la charge de travail...)

Pour notre étude nous avons donc utilisé la moyenne du score obtenu à la N.S.S. pour évaluer le degré de stress.

Les études statistiques appliquées à cette échelle la donnent comme valide sur des populations Nord Américaines, elle n'a pas été validée en France et nous l'avons donc utilisée comme un simple indicateur du niveau de stress propre à notre population..

Echelles d'hétéro évaluation.

*** M.A.D.R.S.(Montgomery, Asberg Depression Rating Scale)**

Cette échelle est une des plus utilisée avec celle de Hamilton. Elle comprend 10 items évalués de 0 à 6 selon une progression de gravité. Il n'y a pas de seuil défini pour évaluer un état dépressif et nous avons donc retenu la moyenne de notre population pour séparer deux groupes :

- en dessous de la moyenne, absence d'état dépressif probable.
- au dessus de la moyenne, présence de symptômes dépressifs.

* L'ECHELLE D'ANXIETE DE COVI.

C'est une évaluation par l'observateur de l'anxiété perceptible dans le discours, le comportement et les plaintes somatiques. La cotation progresse de "pas du tout" à "énormément". C'est une échelle là aussi souvent utilisée et qui a l'avantage d'être complète et facile à côter.

2) Résultats.

Par courrier et dans le délai prévu, nous n'avons reçu que 39 réponses acceptant de participer et deux réponses exprimant un refus (sans motif précisé). Le taux initial de réponse positive est donc de 31,45 %, ce qui est un taux de participation assez habituel dans les sollicitations écrites.

Nous avons pris la décision de faire une relance avec rencontre au niveau des équipes soignantes, ce qui a pu mettre à jour les défauts du premier contact écrit :

- biais par l'utilisation du terme "épuisement."
- manque de précision sur le déroulement de l'enquête.
- crainte d'une utilisation administrative.
- de plus, les infirmiers venaient d'être sollicité par une enquête mise en place par la médecine du travail, d'où une certaine confusion.

Cette deuxième relance a permis d'effectuer les entrevues, pendant une durée de six semaines. La répartition finale est la suivante :

- 2 refus par écrit.
- 17 refus par oral.
- 2 non participation du fait d'un congé maladie longue durée
- 5 "impossibilités" pour motifs divers (vacances, maladie, changement d'équipe...).

Soit 98 dossiers remplis dont 3 non exploitables, ce qui fait un échantillon de 95 sujets.

Par souci de clarté, nous présentons les données descriptives générales et les résultats des échelles de psychopathologie quantitative sous forme d'illustrations graphiques (pages ci-après).

Les scores des sous échelles de "burn-out" ont été comparés par méthode statistique (test du chi 2) avec :

- les variables descriptives générales de la population.
- les échelles de dépression, stress et anxiété.

Les résultats apparaissent dans le tableau de la page 95

Une méthode d'analyse factorielle a été par ailleurs appliquée aux six sous échelles de "burn-out" avec leurs valeurs dans l'échantillon. Il ressort, comme pour les études de Maslach que l'épuisement émotionnel et la déshumanisation sont corrélés entre eux tandis que la composante accomplissement personnel est isolée.

Les différents facteurs de corrélation sont les suivants (ordre décroissant F=Fréquence, I=Intensité r=Coefficient de corrélation) :

Déshumanisation (F) et Déshumanisation (I) $r=0,8587$

Epuisement émotionnel (F) et Epuisement émotionnel (I) $r=0,8065$

Accomplissement personnel (F) et Accomplissement personnel (I) $r=0,5280$

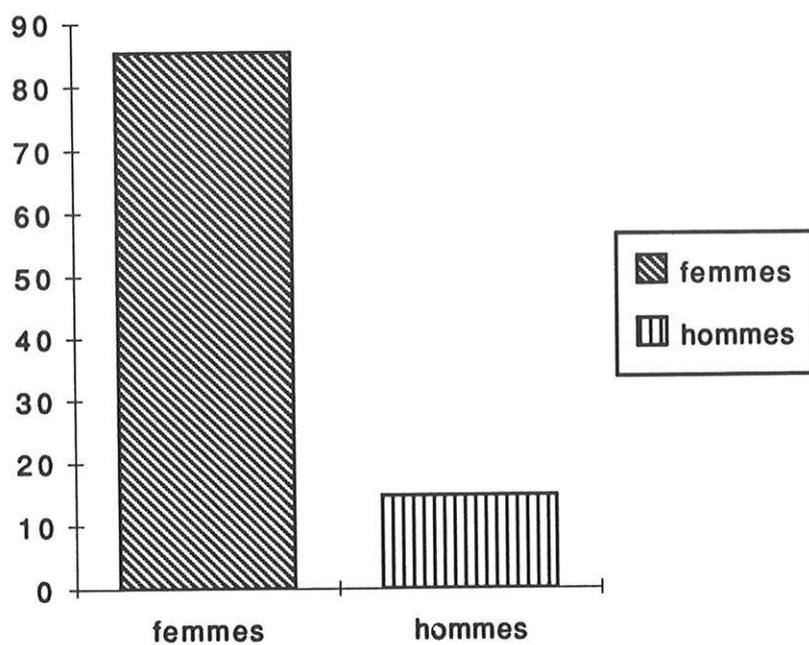
Epuisement émotionnel (I) et Déshumanisation (I) $r=0,5124$

Epuisement émotionnel (F) et Déshumanisation (F) $r=0,4494$

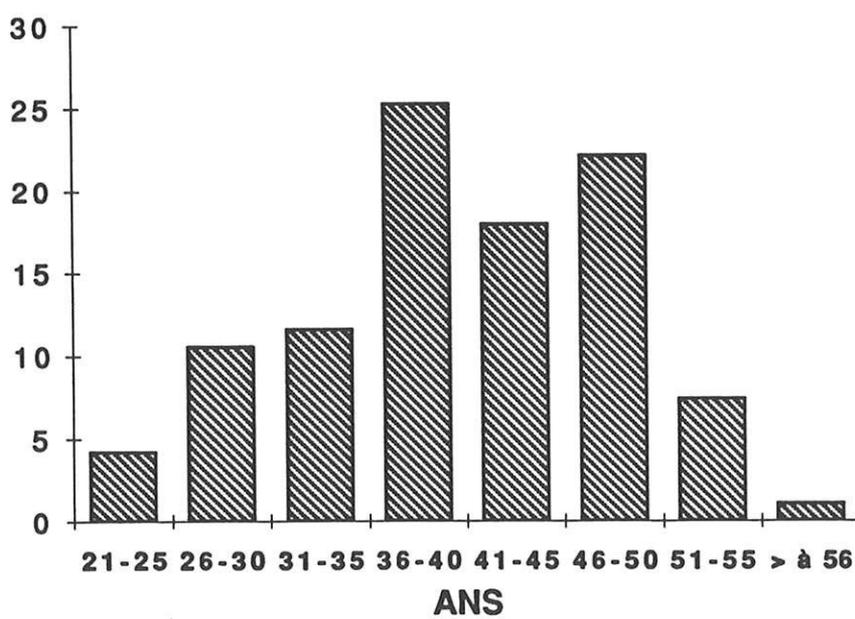
Déshumanisation (F) et Epuisement émotionnel (I) $r=0,4335$

Epuisement émotionnel (I) et Déshumanisation (F) $r=0,4034$

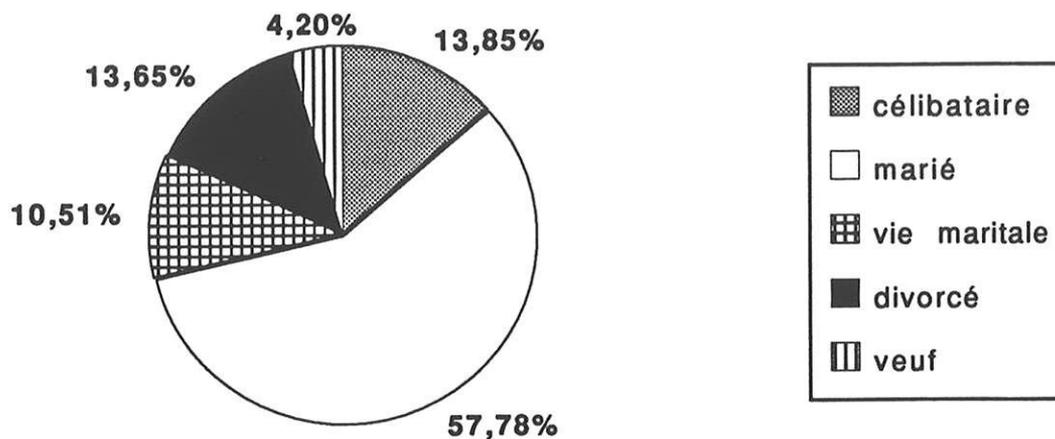
Répartition selon le sexe.



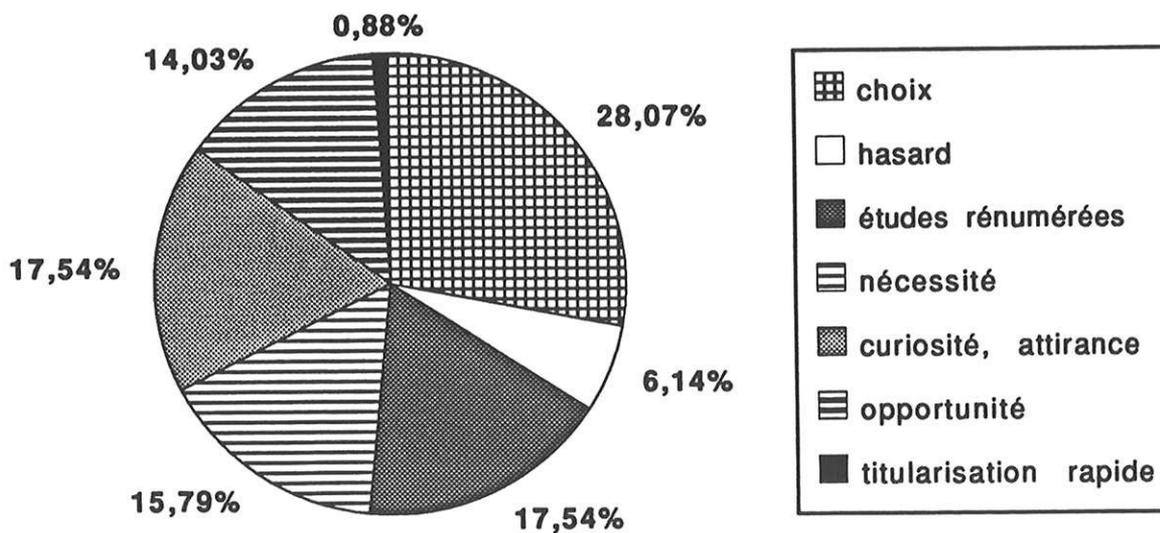
Répartition selon l'âge.



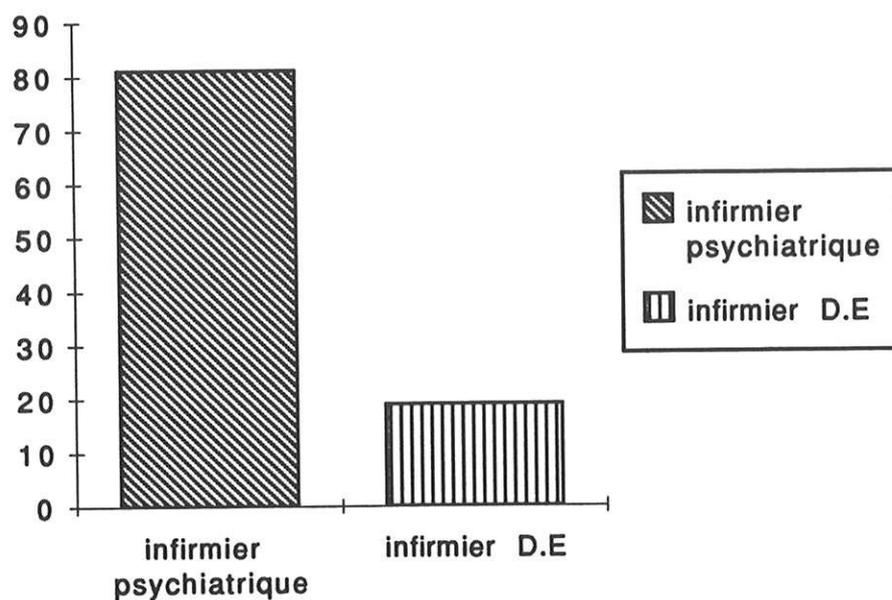
Statut familial



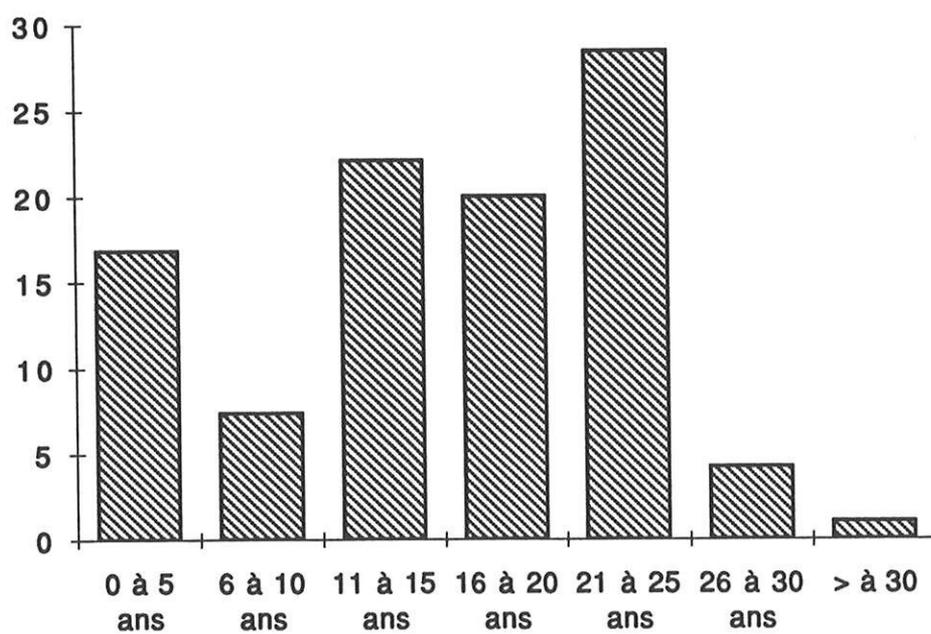
Raisons du choix de l'exercice psychiatrique.



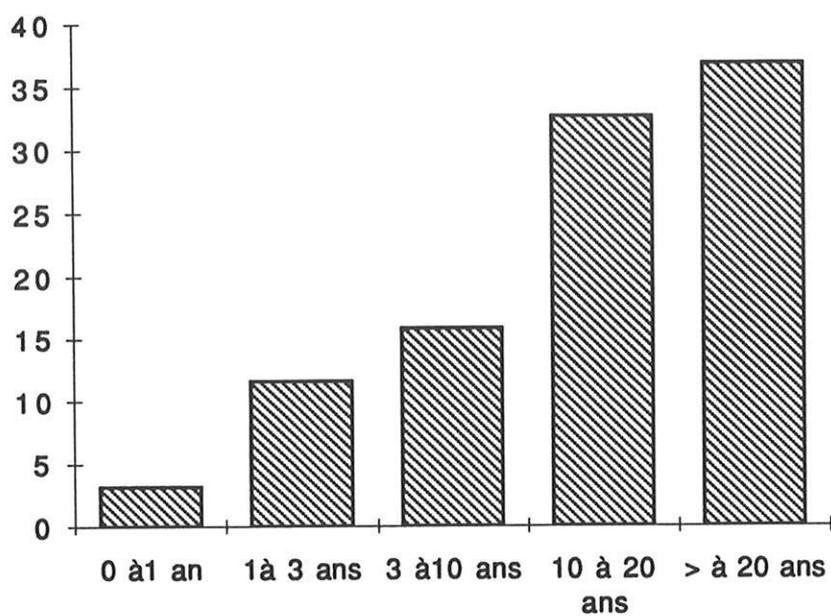
Type du diplome



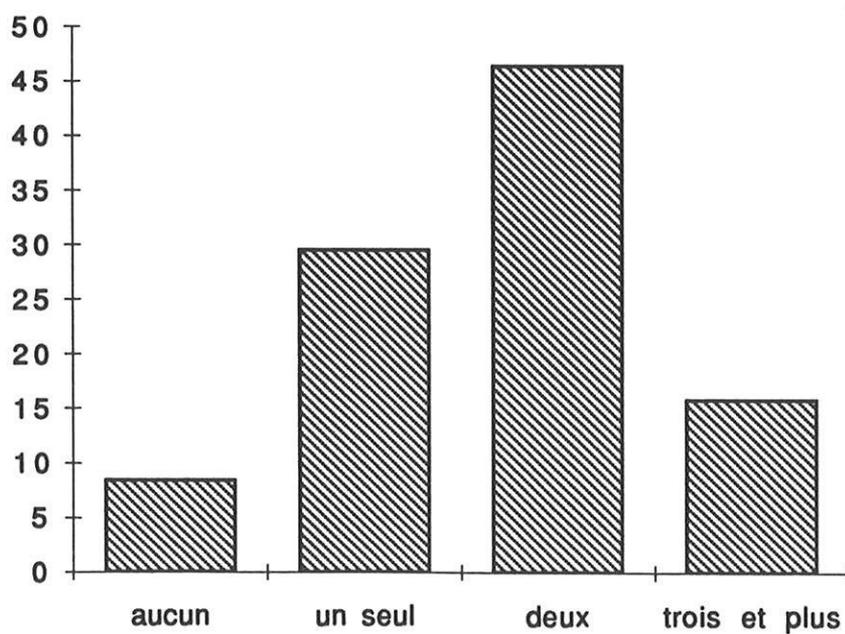
Ancienneté du diplome.



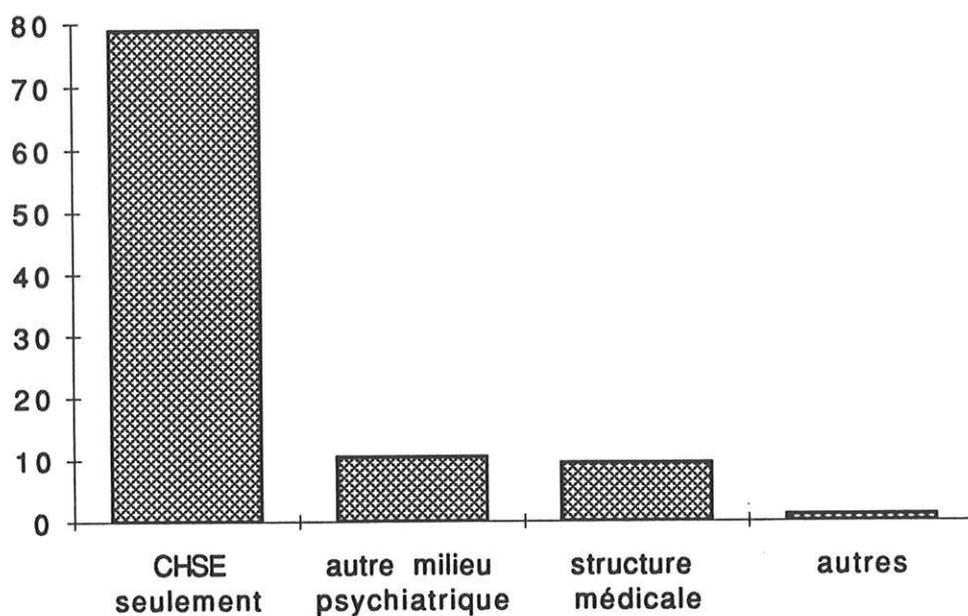
Nombre d'années d'exercice



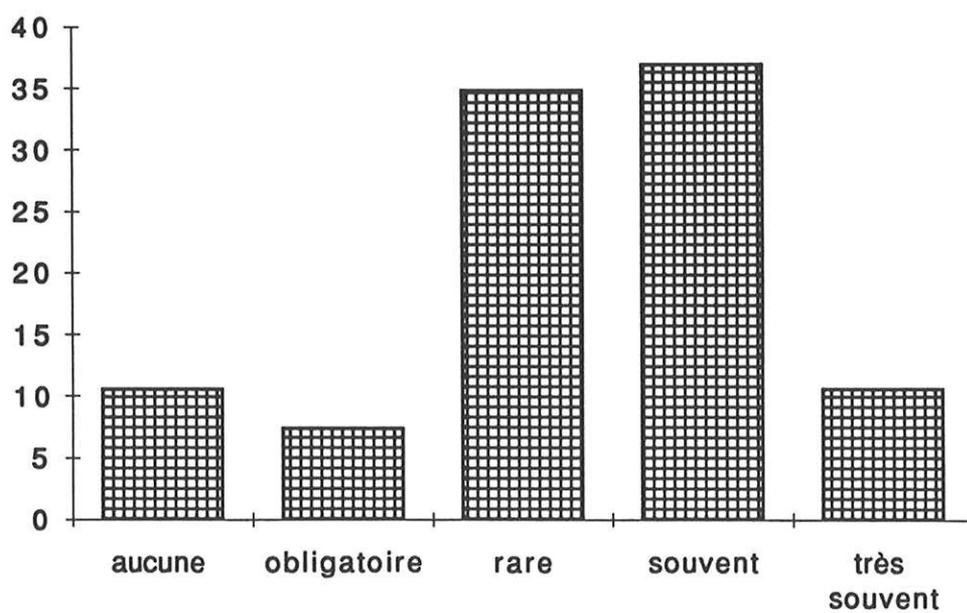
Nombre d'unités fréquentées



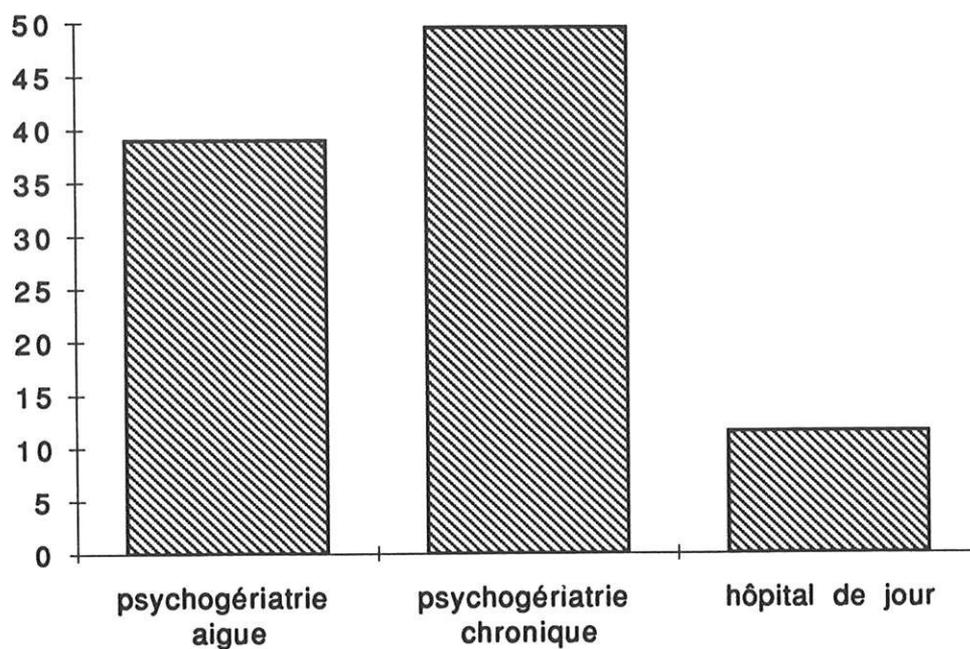
Autres types d'exercices.



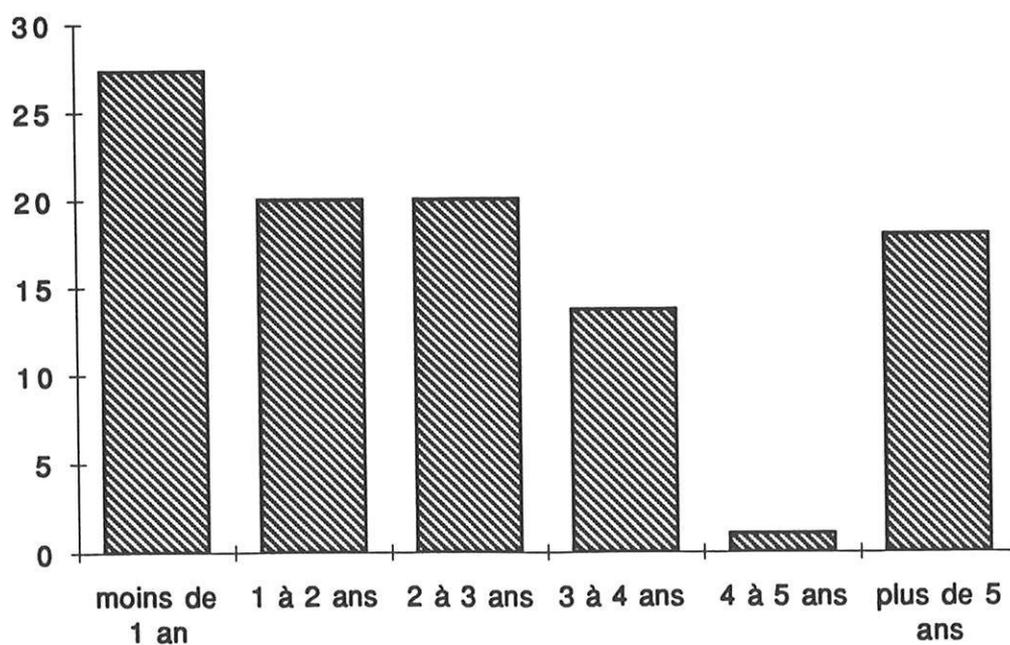
Fréquence des formations.



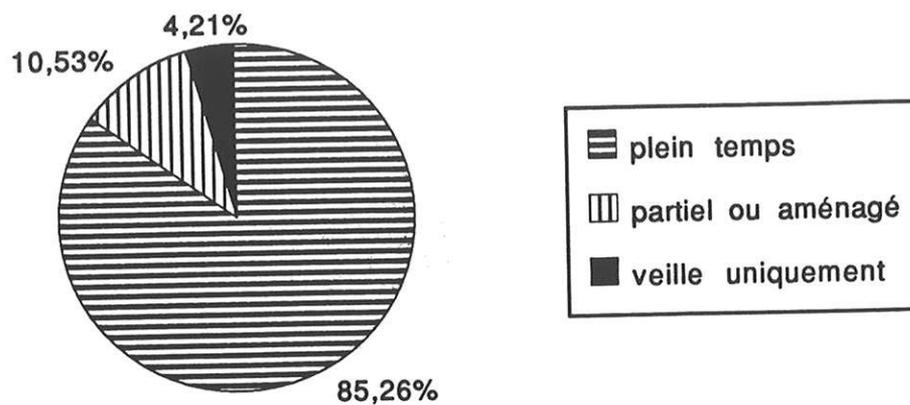
Pavillon actuel



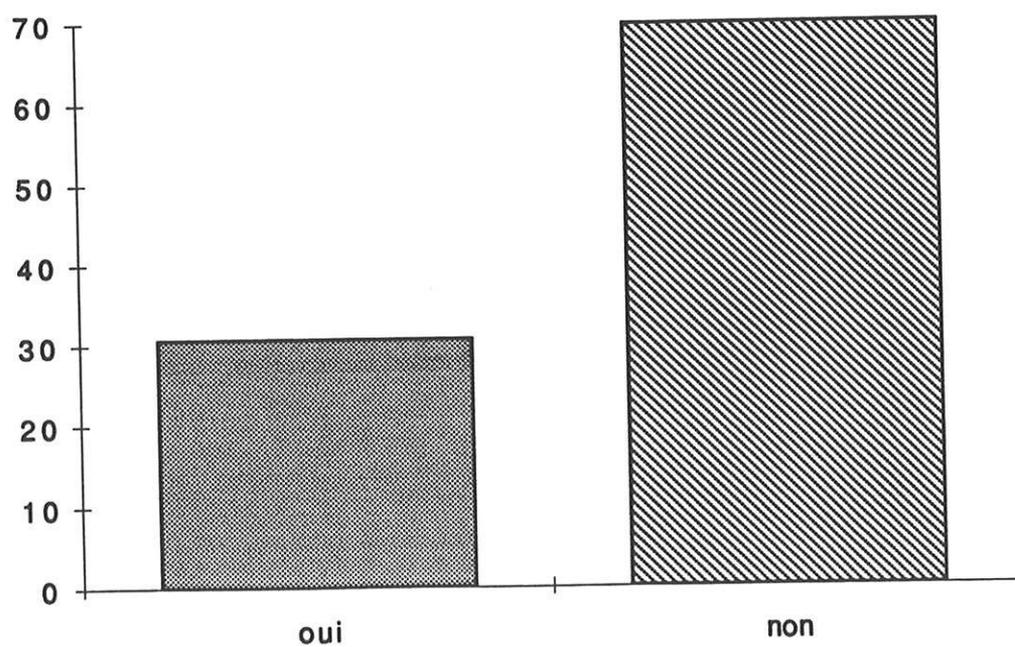
Ancienneté dans le pavillon actuel.



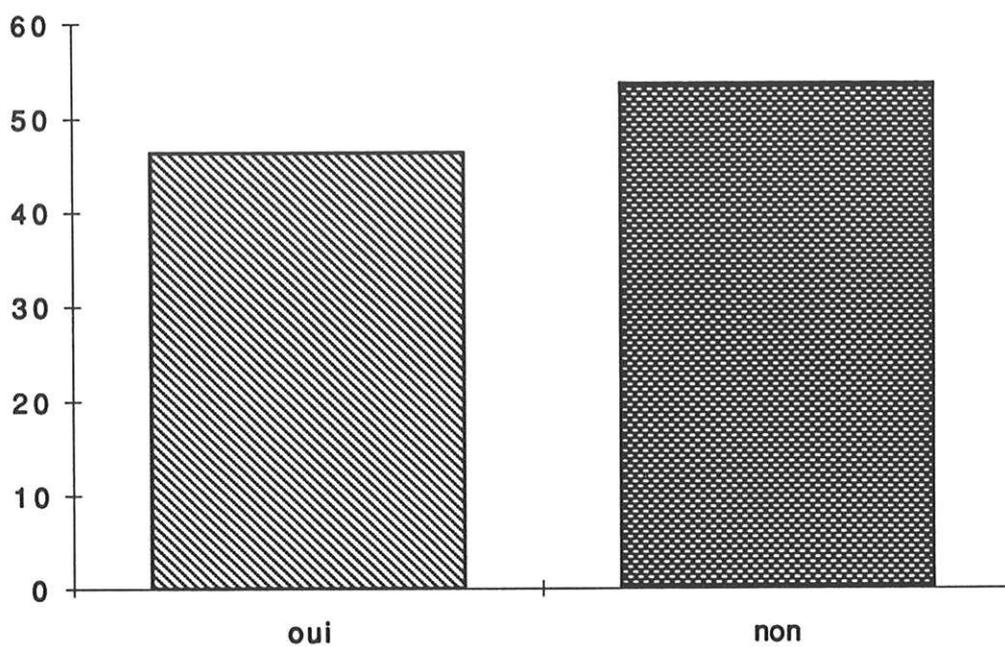
Poste occupé



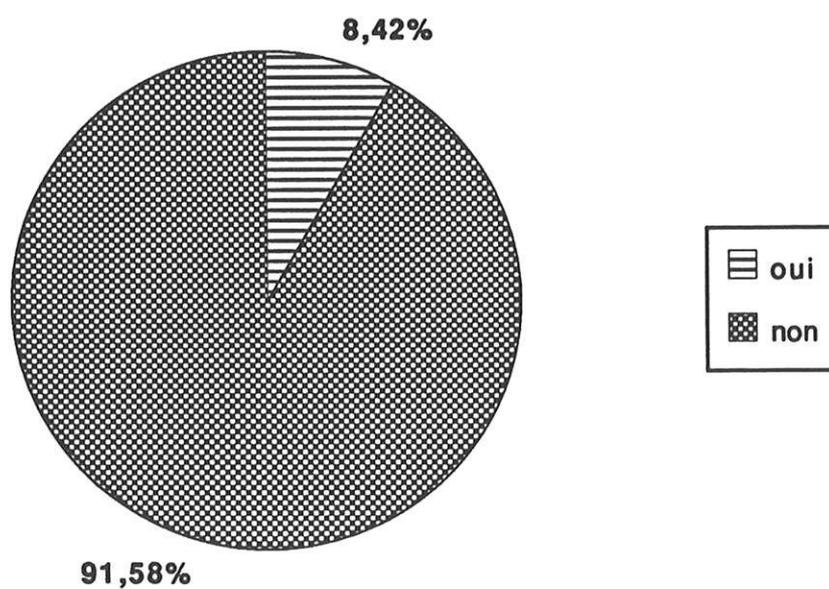
Prise d'un traitement médical.



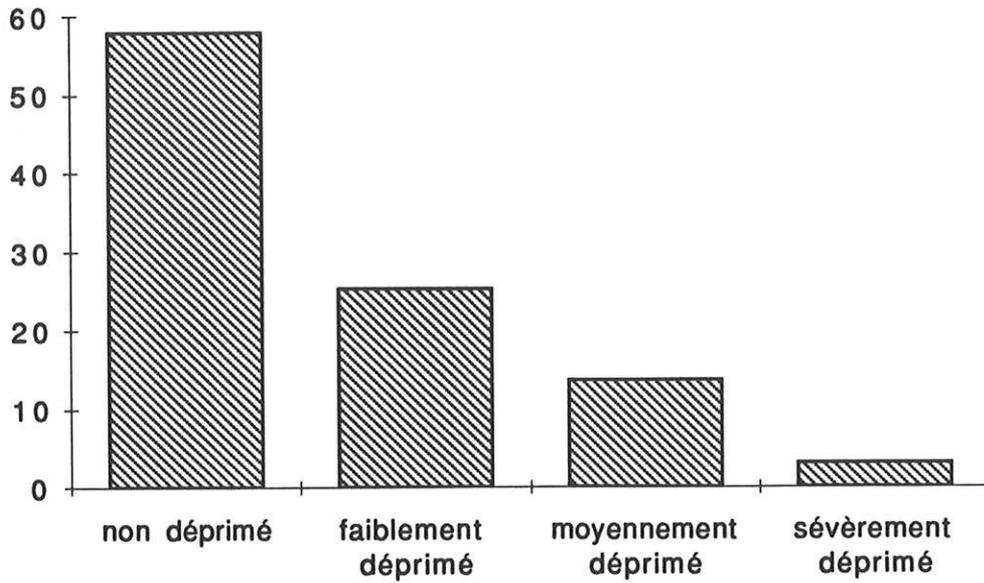
Arrêt maladie pendant l'année écoulée.



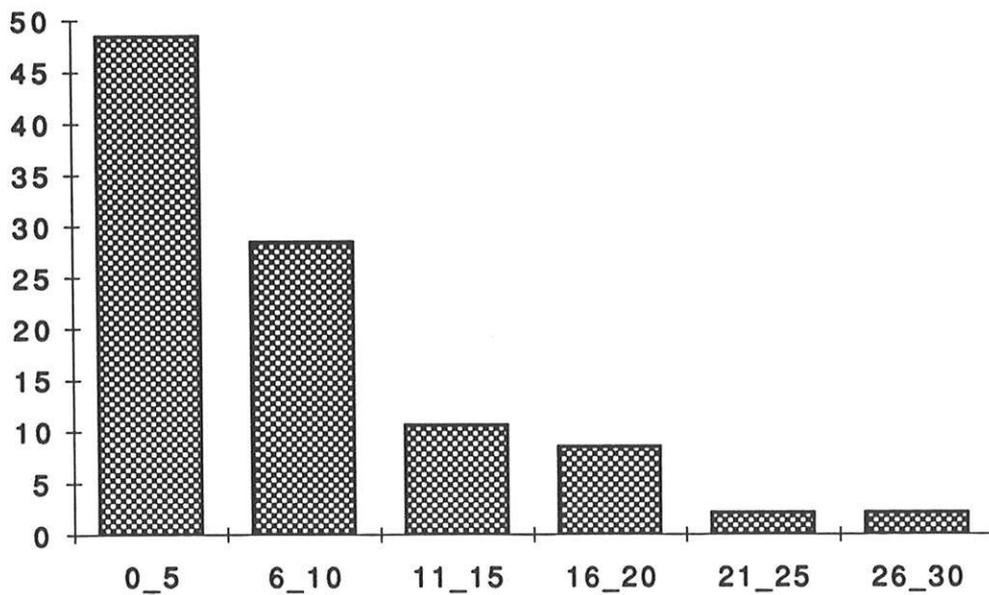
Hospitalisation pendant l'année écoulée.



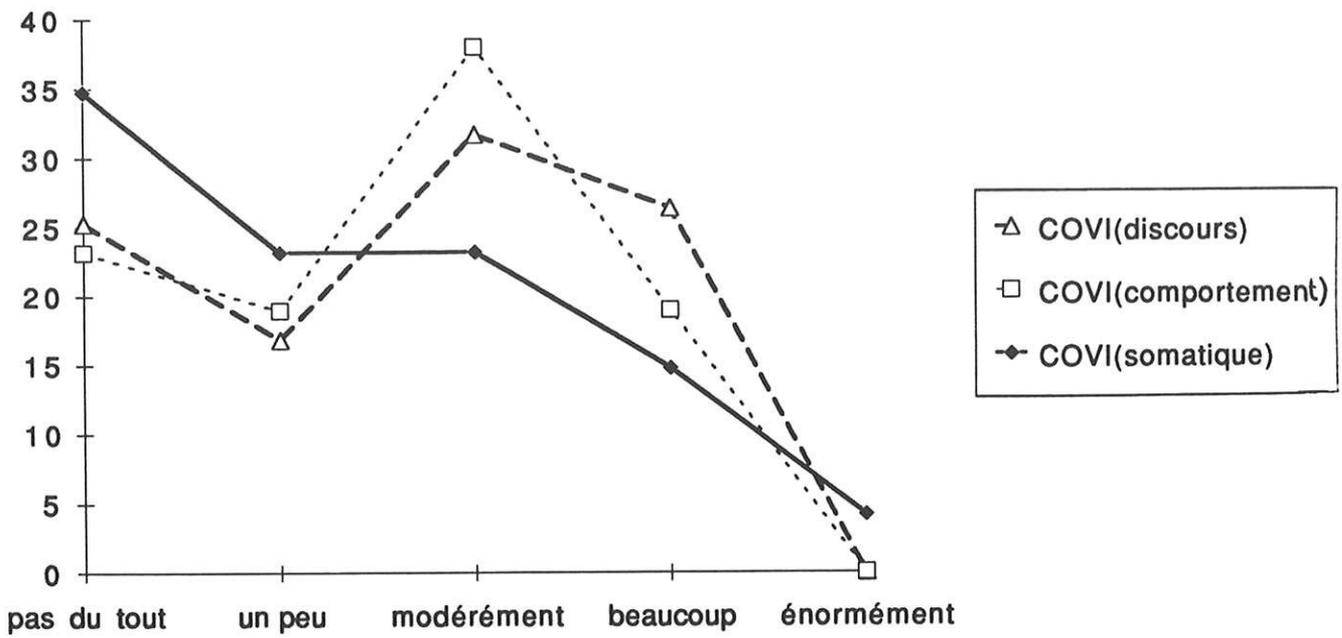
Répartition de l'état dépressif par autoévaluation.(Echelle de BECK).



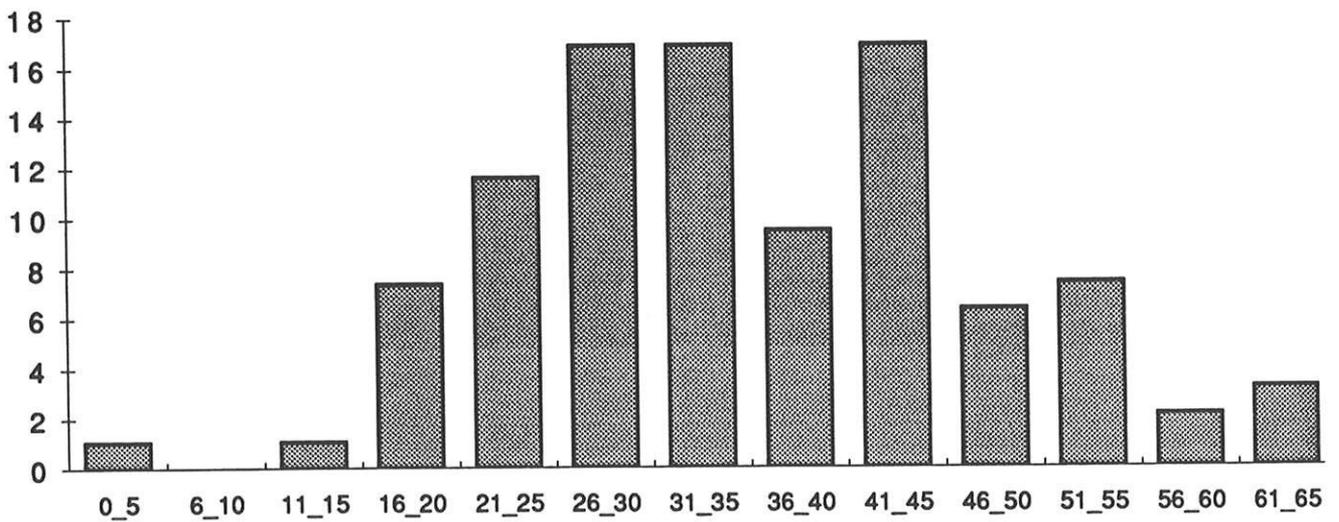
Répartition de l'état dépressif par hétéroévaluation (Echelle de M.A.D.R.S).



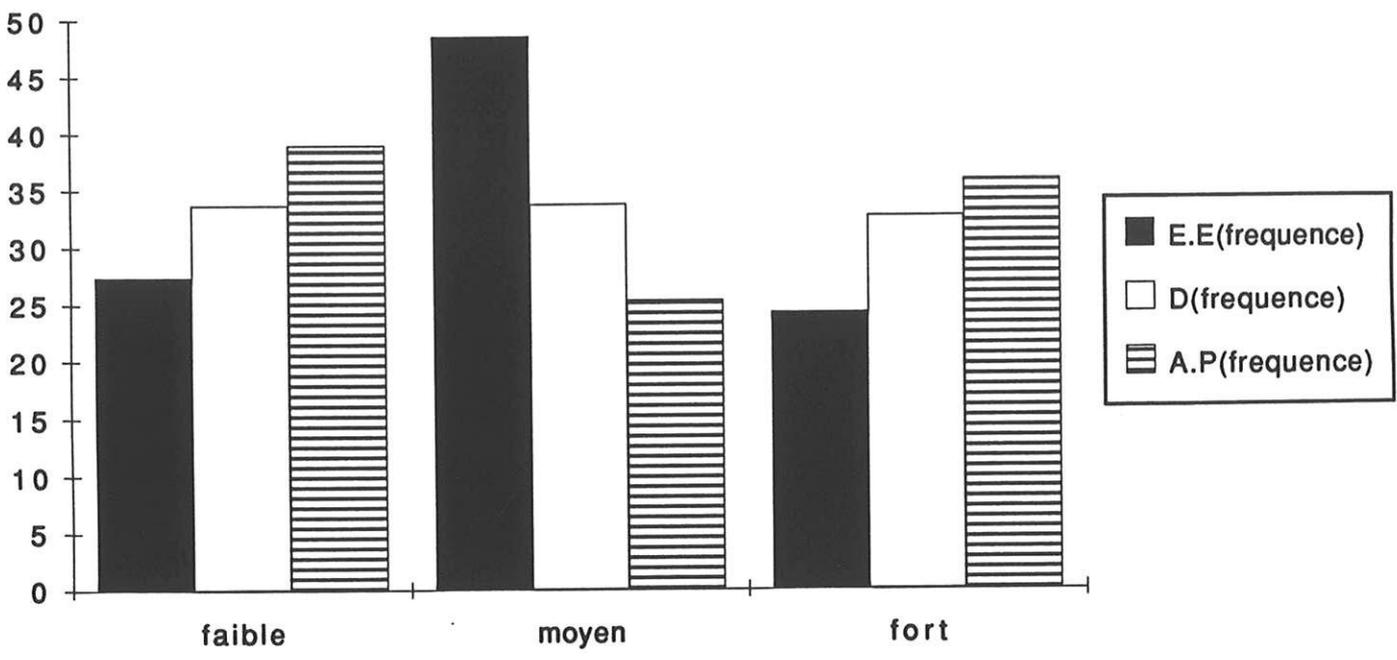
Anxiété évaluée par échelle de COVI.



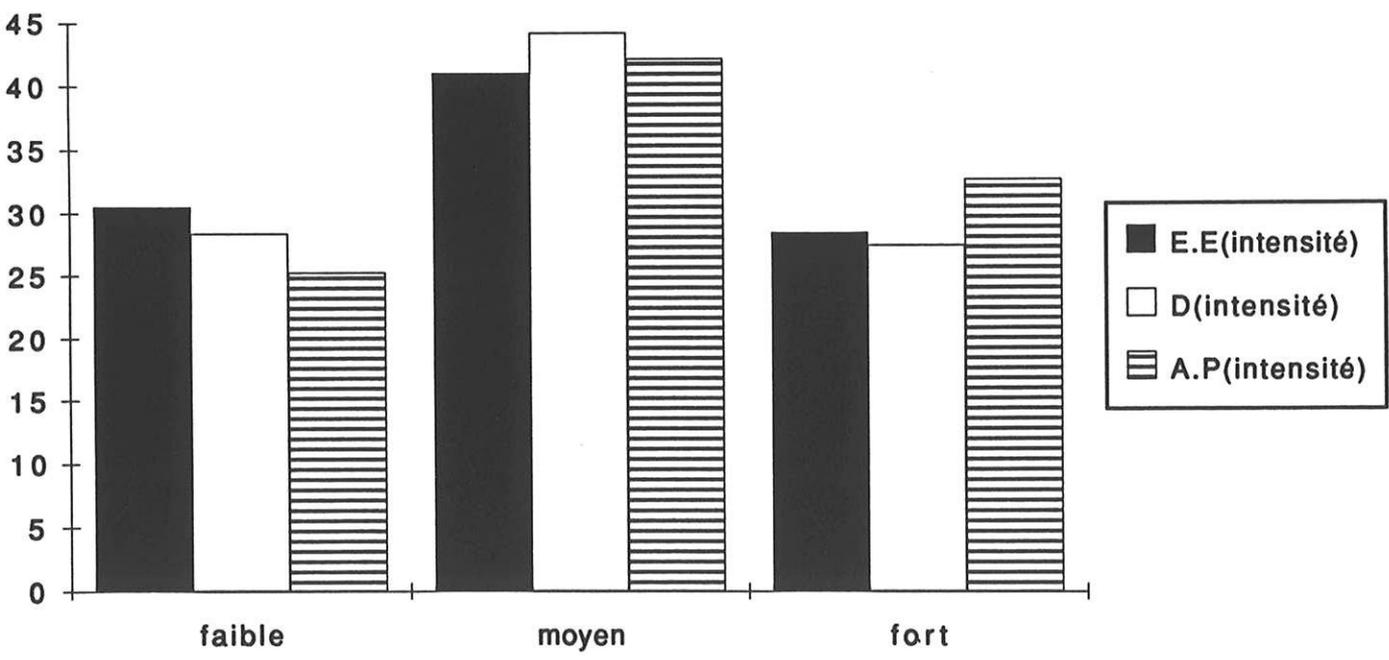
Répartition des scores de stress obtenu à la Nursing Stress Scale(N.S.S)



Répartition des degrés de burn out en fréquence.

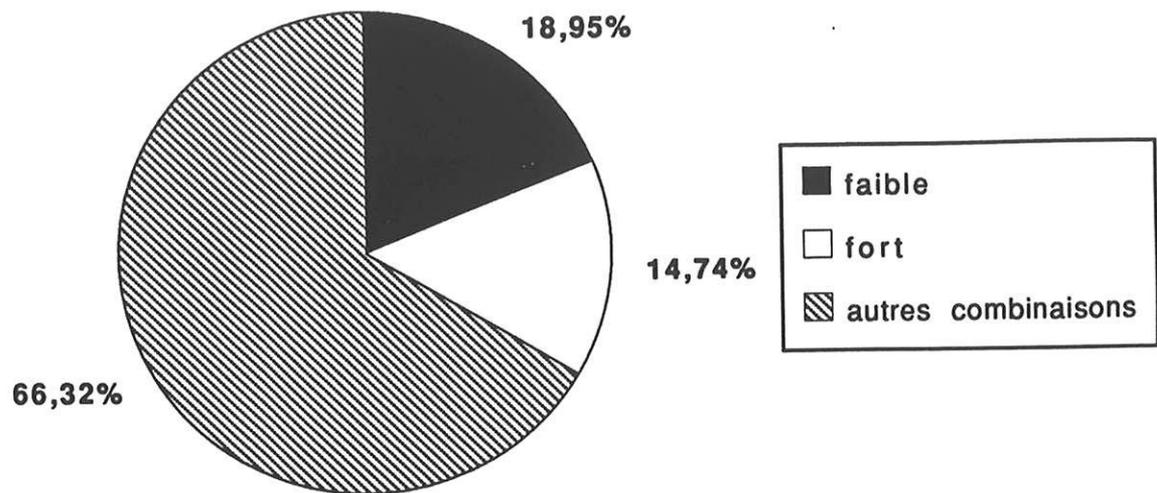


Répartition des degrés de burn out en intensité.



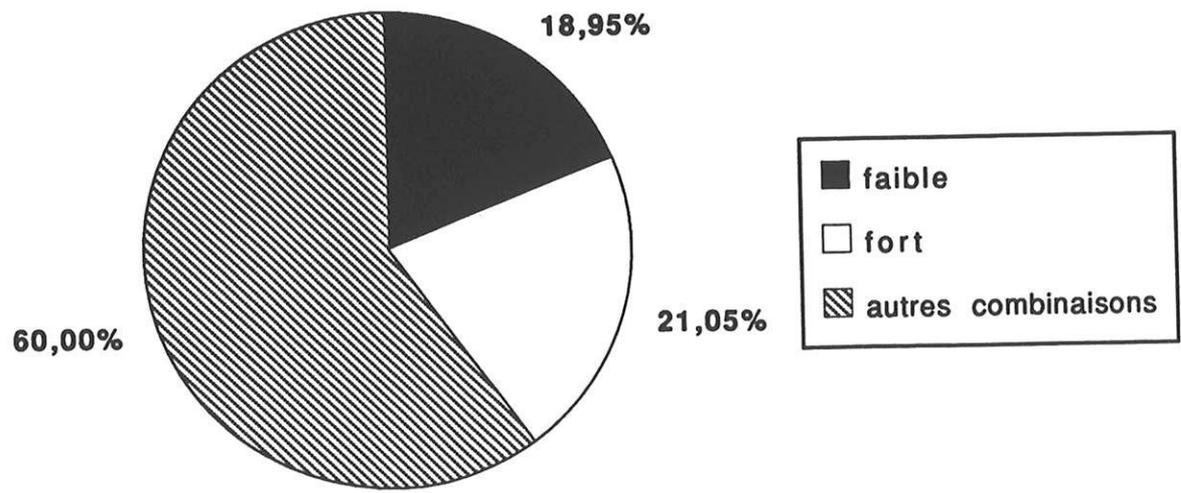
- E.E = Epuisement émotionnel.
- D = Déshumanisation.
- A.P = Accomplissement personnel.

Répartition entre burn out fort (E.E élevé, D. élevé et A.P bas), burn out faible (E.E bas, D. bas et A.P élevé) et les autres combinaisons (FREQUENCE). .



Abréviations:
E.E : épuisement émotionnel
D : déshumanisation
A.P. : accomplissement personnel

Répartition entre burn out fort (E.E élevé, D. élevé et A.P bas), burn out faible (E.E bas, D. bas et A.P élevé) et les autres combinaisons (INTENSITE).



RESULTATS DES CROISEMENTS STATISTIQUES
(Test du CHI 2).

Sous échelles de burn out	E .E	D	A.P	E.E	D	A.P
	FREQUENCE			INTENSITE		
Age	N.S	N.S	N.S	S *	N.S	N.S
Sexe	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
Diplome	N.V	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
Années d'exercice	N.S	S	N.S	N.S	N.S	N.S
Services fréquentés	N.S	N.S	N.S	N.S	S	N.S
Formations	N.S	N.S	N.S	S	N.S	S
Unité actuelle	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
choix de l'unité	S	N.S	S	S	N.S	N.S
ancienneté en psychogériatrie	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
Poste	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
Arrêt maladie	S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
BECK	S *	N.S	N.S	S *	S	N.S
M.A.D.R.S	S	N.S	N.S	S	N.S	N.S
N.S.S	N.S	N.S	N.S	S	S	N.S
COVI (discours)	N.S	N.S	N.S	S	S	N.S
COVI (comportement)	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S
COVI (somatique)	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S	N.S

Abréviations

- E.E = Epuisement émotionnel.
- D = Déshumanisation.
- A.P = Accomplissement personnel.
- N.V = non valide.
- N.S = non significatif.
- S = significatif avec $p < 0,05$ sauf pour S* où $p < 0,001$.

DISCUSSION

L'enquête réalisée a apporté un certain nombre de données et fournit matière à un premier temps de discussion.

1) Commentaires des résultats de l'enquête.

Il y a tout d'abord 19 personnes qui n'y ont pas participé (soit 15 %), sans qu'il ait été possible d'en apprécier toujours le motif. On peut supposer que ce personnel, malgré la participation de leur collègues d'équipe, est resté sur la défensive soit :

- par refus d'une certaine introspection par rapport à leur souffrance.
- par manque d'intérêt.
- par crainte que les réponses ne leur soient préjudiciables.
- ou enfin parcequ'ils éprouvent une perte d'illusion et/ou un certain cynisme faisant partie d'un épuisement professionnel.

Pour ceux qui ont participé, la séquence s'est déroulée en deux temps qui nous paraissent déjà intéressants :

- le premier contact par écrit n'a obtenu que peu de réponses.
- le deuxième contact avec rencontre au niveau des unités de soins a montré la réalité d'une "curiosité méfiante" envers ce médecin qui "portait intérêt aux infirmier(e)s". C'était une démarche originale qui éveillait chez eux à la fois la satisfaction d'être pris en compte et une certaine réticence à "se livrer". Les entrevues ont été l'occasion, certes de la quotation des échelles mais aussi de l'évocation parfois prolongée des difficultés ou au contraire de la satisfaction ressenties dans le travail. Les échelles paraissaient alors bien ternes et pas toujours adaptées à côté de la richesse des informations émanant des conversations. Ceci a permis de commencer à prendre conscience qu'un besoin d'écoute avec demande d'aide éventuelle étaient patents, bien au delà des scores un peu figés de nos outils d'évaluation.

L'échelle de "burn-out" a été accueillie de manière variable mais assez souvent, la compréhension des items était difficile, du fait sans doute de

l'imperfection de la traduction utilisée (faite par des Québécois). L'expression classique "je me sens brûlé(e) par mon travail", sensée provoquer une reconnaissance métaphorique de souffrance n'a pas rencontré une adhésion immédiate. L'équivalent recherché renvoie à un registre plus "oral" d'être "vidé, rongé" voire de manière plus populaire "bouffé" par son travail.

L'échelle de stress par contre au travers de ses items, est apparue plus accessible à une réalité quotidienne. Cependant, le mot "stress" a des représentations très hétérogènes pour chacun.

Les échelles de pessimisme et de dépression ont provoqué par leur lecture des réactions prouvant la fragilité de l'équilibre thymique de certains soignants dont l'état d'esprit en situation de travail était particulièrement sombre.

Concernant l'utilisation de l'échelle de "burn-out", il faut préciser en préambule :

- que nous avons appliqué l'échelle M.B.I. selon la stricte consigne des auteurs, ce qui fournit 6 scores à exploiter.
- les nuances entre fréquence et intensité apparaissent peu significatives. Selon les différentes corrélations, une ou l'autre s'exprime sans dominance particulière.
- dans les différentes études de la littérature, les auteurs utilisent rarement ces scores : certains ne considèrent que la variable "fréquence" (Wolpin, Ogus, Keller); d'autres ajoutent les différents totaux (Meier), d'autres enfin travaillent sur la moyenne obtenue dans leur échantillon (Burke, Pierce, Coady). Il est donc difficile d'établir des comparaisons avec leurs résultats.

Dans notre échantillon : (résultats simplifiés rapportés à la moyenne)

Burn out ELEVE =	14,74% (fréquence) à 21,05% (intensité)
Burn out FAIBLE =	18,95% (fréquence et intensité)
Autres combinaisons=	60 (intensité) à 66,32% (fréquence)

Les moyennes de notre population sont très proches des normes données par Maslach et Pines pour les professions d'aide. Seuls nos écarts types sont un peu différents. La méthode statistique a utilisé nos moyennes avec les écarts types préconisés par Maslach.

L'application de l'échelle, malgré l'absence de sa validation en France, donne donc des résultats dans l'ensemble non "aberrants" (moyennes proches

des normes américaines, prévalence du "burn-out" entre 15 et 20%, concordante avec la littérature)

Le profil de la population et ses relations avec le "burn-out" sont les suivants :

- l'échantillon se compose d'une majorité de femmes ce qui est plutôt attendu en milieu soignant infirmier. La proportion d'hommes n'est cependant pas négligeable (15 %). La surreprésentation féminine au sein des milieux infirmiers a donné l'occasion de justifier la morbidité élevée de troubles psychopathologiques notamment dépressifs. En ce qui concerne le "burn-out", la littérature ne donne pas de vulnérabilité particulière en fonction du sexe, ce qui est confirmé dans notre échantillon puisqu'il n'existe pas de corrélation significative entre les deux variables.

- la moyenne d'âge est assez élevée (40 ans). Les infirmier(e)s qui ont moins de 40 ans présentent un épuisement émotionnel plus élevé que ceux qui ont dépassé cet âge. Par contre, la recherche d'un épuisement dans des tranches d'âges plus jeunes n'a pas été significative (âge 25-30 ans, ancienneté du diplôme inférieure à 3 ans, peu d'années d'exercice). On ne retrouve donc pas de relation entre le nombre d'années en contact avec les patients et un épuisement, particulièrement à la période avancée comme "critique" (de 1 à 3 ans). Par contre la déshumanisation des rapports est plus importante chez les soignants qui ont moins de 10 ans de carrière. Ceci confirme l'avis de la plupart des auteurs (Maslach, Keller, Snibbe) qui expliquent que la perte d'empathie envers le patient représente une prise de distance excessive vis à vis de la situation émotionnelle de soin, dans un but de protection chez les soignants jeunes manquant d'expérience professionnelle.

- le fait d'être diplômé d'état ou infirmier psychiatrique n'a aucune conséquence sur les scores de "burn-out". Par contre, ceux qui ont travaillé uniquement au C.H.S. Esquirol présentent un épuisement et une déshumanisation moindres que les infirmier(e)s ayant connu un mode d'exercice plus varié. De même, ceux qui ont fait des formations fréquentes ou très fréquentes (1 par an) sont plus épuisés avec sentiment d'accomplissement personnel plus bas que les infirmier(e)s faisant peu de démarches de formation. Ceci a déjà été observé et expliqué : la formation éloigne temporairement du milieu de travail, c'est une tentative faite pour diminuer un sentiment d'épuisement. Mais cette mise à distance n'est pas toujours efficace.

- le choix pour la pratique psychiatrique a offert des réponses variées : il est motivé dans près de la moitié des cas et se justifie sur l'intérêt de la relation avec le patient (souvent moins "technique" que dans les services médicaux ou chirurgicaux). Des motivations initiales plus "matérielles" arrivent en bonne place mais n'excluent pas un intérêt pour la profession. Nous n'avons pu exploiter de façon méthodologiquement satisfaisante cette question qui offraient des réponses multiples.

- par contre, une des variables riche en information concerne la motivation quant à l'activité auprès des personnes âgées ("choix du pavillon"). En effet, 37% de l'échantillon expriment un choix volontaire de leur unité. Ce groupe là se trouve significativement plus nombreux dans les unités de psychogériatrie aigüe et hôpital de jour. 58% font état d'une "obligation" dans le cadre des rotations générales des postes. Non seulement, ce sentiment d'obligation existe mais il est lié à une présence prépondérante en psychogériatrie chronique. Ceci veut dire que la psychogériatrie chronique n'est pas prisée et que la rotation des postes oblige les soignants à s'y trouver. Les soignants qui sont ainsi présents auprès de patients âgés sans l'avoir réellement choisi, expérimentent de manière significative un épuisement émotionnel plus important avec mauvais sentiment d'accomplissement personnel par rapport à ceux qui ont choisi la pratique psychogériatrique. Mais la composante "déshumanisation" n'est pas statistiquement différente pour les deux groupes : malgré l'absence de motivation pour la tâche, la relation avec les patients reste suffisamment empathique, ce qui est plutôt positif. Mais il faut émettre peut-être une réserve et tenir compte d'éventuelles falsifications dans les réponses aux items de déshumanisation. Un autre apport statistique présente une corrélation significative entre cette même absence de choix et la fréquence des arrêts maladie en 1991. L'arrêt maladie rentre alors dans le cadre d'un "absenteisme-maladie", seule alternative possible permettant au soignant épuisé de se mettre à distance quelques jours de la situation de travail.

- de façon un peu paradoxale par rapport aux résultats précédents, le "burn-out" n'est pas statistiquement différent entre les trois activités aigüe, chronique ou hôpital de jour. Pourtant, il a été écrit que la pathologie chronique en particulier psychiatrique était bien un défi à la motivation soutenue (Crombez et al, 1985, Gilmore, 1983). C'est sans doute pour cette raison que la durée d'exercice est courte dans ces unités avec rotation rapide des postes. Ces rotations surviennent finalement dans des unités qui auraient au contraire besoin de personnel stable et expérimenté

(Ploton, 1981). Au vu de ces résultats et de l'ambiance perçue lors des entretiens, on peut dire que la pratique psychogériatrique favorise l'épuisement, entraînant une absence de choix pour ces unités et une démoralisation. Ceci est perceptible dans le discours qui exprime soit des sentiments de dévalorisation avec fatalisme, soit des mécanismes projectifs (relativement agressifs) rejetant la faute sur le système ou les médecins... La détresse dans un cas comme dans l'autre est la même.

- Pour finir, le "burn-out" évalué dans l'échantillon est bien en corrélation avec la fréquence des arrêts maladie. Nous avons déjà évoqué l'aspect "défensif" évident de cette conduite. Par contre, la consommation de psychotropes n'est pas élevée : un peu moins de 10%. M.Estry-Béhar avait évalué cette consommation à 26% chez les infirmières de son échantillon. Un biais de falsification existe peut-être dans le recueil de nos données.

Dans l'ensemble, nous avons donc pu mettre en évidence un certain degré d'épuisement émotionnel, de déshumanisation et de manque d'accomplissement personnel au sein de la population infirmière étudiée. Mais les composantes du "burn-out" ne recouvrent pas le "profil" habituellement décrit par les auteurs à savoir : sujet jeune, débutant dans la profession et expérimentant une détresse de façon rapide.

Pour expliquer cette discordance, nous pouvons proposer deux propositions non exclusives l'une de l'autre :

-le biais des non réponses (ou de certaines démissions précoces) n'a pu permettre d'appréhender le phénomène dans sa réalité.

- le syndrome de "burn-out", tel que défini par Freudenberger et Maslach, ne peut être appliqué tel quel et sans réserve à des soignants travaillant dans une institution française.

Notre avis est que, certes un "épuiement " a été retrouvé, mais que celui-ci est plus patent si la tâche n'est pas effectuée avec motivation, si le soignant a moins de 10 ans de carrière ou pas plus de 40 ans : ce que nous avons évalué correspondrait alors à une **insatisfaction** ou une **lassitude** plutôt qu'à un véritable "burn-out".

Il s'agit probablement d'un phénomène d'usure à moyen terme qui n'a pas grand chose à voir avec un "incendie" massif et rapide.

Au vu de ces réflexions notre idée est qu' au moyen d'une échelle définie, nous aurions évalué "autre chose" que ce qu'elle était sensé mesurer

Là encore, deux explications interdépendantes :

Ces résultats, et les réserves qu'ils imposent, confirment notre première hypothèse de réflexion à savoir une valeur transculturelle limitée du syndrome de "burn-out"

Cependant, nous avons bien eu le sentiment d'évaluer un phénomène dont il faut préciser la dynamique.

2) Qu'a-t-on évalué au travers de l'échelle de burn out appliquée à notre population ?

2 a UN EFFET DU STRESS PROFESSIONNEL.

Le "burn-out", nous l'avons vu, partage de nombreux points communs avec le stress, notamment par le biais du mode d'adaptation comportemental (coping) aux différents facteurs de stress professionnels.

Mais assimiler l'épuisement au stress le condamne à le perdre dans un cadre très flou et général, actuellement délaissé par les auteurs. Les recherches sur le stress doivent bénéficier d'un nouveau souffle pour être pertinentes sur un plan clinique sans parler de la psychopathologie trop souvent absente dans ce type de travaux.

L'intérêt du stress peut résider dans l'étude et l'évaluation de certains facteurs spécifiques avec élaboration de stratégies de prévention.

Dans notre étude, il est intéressant de constater que le stress est effectivement perçu et que les différentes sous échelles proposées s'organisent de façon plus ou moins prépondérante (méthode de regression linéaire simple avec le niveau de stress global évalué par la Nursing Stress Scale) :

- en premier est cité le sentiment d'être préparé(e) de manière inadéquate pour faire face aux besoins du patient et de sa famille. Cette composante est une des plus proches du schéma comportemental classique : situation nouvelle avec stimulus émotionnel impliquant une réponse. Si le soignant n'a pas à sa disposition la solution qui lui paraît la plus adéquate, un "stress" apparaît. Il est vécu sur un mode d'anxiété et d'insatisfaction ("il faut bien dire quelque chose aux familles même si on ne sait pas"). Le problème majeur des théories du stress est qu'aucune explication n'est fournie concernant l'étape la plus cruciale : pourquoi la personne ne dispose-t-elle pas de la "meilleure réponse" ?

- le facteur suivant est relatif aux conflits avec le médecin. C'est surtout l'anticipation d'un conflit qui semble générer un certain stress. Il trouve son origine dans un poids hiérarchique encore perçu comme patent.

- enfin, le contact avec la mort et les mourants n'arrive qu'en troisième place (l'évaluation plus fine de ce facteur serait sans doute intéressante) suivi de la charge de travail, des conflits d'équipes, d'incertitudes par rapport aux traitements.

- il est étonnant de constater que le sentiment de "manque de soutien" (primordial pour Estryn-Béhar) n'arrive ici qu'en dernier. Mais son coefficient de corrélation reste encore très fort (0.61). Le sentiment de manque de soutien n'a rien à voir avec le nombre d'heures que le médecin passe dans le pavillon ou la fréquence des réunions d'équipe. Ce qui est primordial à notre avis est l'existence d'une bonne communication avec le médecin qui est perçu (et qui se cantonne) trop souvent comme prescripteur tout puissant, la communication interpersonnelle et avec les surveillants étant de même trop souvent défailante. Nous ne sommes pas là pour juger si le manque de soutien ressenti est réel ou pas, le fait est que, perçu comme tel, il est source de souffrances.

2 b EVALUATION D'UNE ANXIÉTÉ.

Notre étude a pu mettre en évidence des corrélations significatives entre épuisement élevé, accomplissement personnel bas et anxiété perceptible dans le discours.

L'évaluation de l'anxiété perceptible dans le comportement et les signes somatiques n'est pas corrélée à l'épuisement.

Nous pensons que la participation anxieuse du "burn-out" relève d'une inhibition prépondérante. L'inhibition entraîne une absence de prise de décision et une absence d'initiatives, favorisées nous l'avons vu par un fonctionnement hiérarchique qui semble laisser peu de liberté au soignant. L'inhibition, si elle a un côté "confortable" pour le sujet est très néfaste pour l'équipe de soin qui perd son dynamisme et risque de plonger dans une inertie routinière.

L'échelle que nous avons utilisé n'était malheureusement pas adaptée pour appréhender l'inhibition anxieuse.

2 c EVALUATION D'UNE DÉPRESSION.

Les corrélations les plus significatives sont constatées entre "burn-out" et échelles de dépression (auto et hétéroévaluation).

On note une prévalence dépressive concordante à celle de la littérature : 13 % moyennement déprimés, 3 % sévèrement.

Le chevauchement entre la composante clé de l'épuisement émotionnel et l'état dépressif avait déjà été soulignée par Meier.

Ceci ne nous étonne pas : l'instrument de mesure de Maslach évalue tout simplement un processus d'affaiblissement et de perte d'énergie qui renvoie à une entité clinique ayant fait ses preuves : **la dépression**.

Nous pensons que la description du "burn-out" correspond à celle d'un affect dépressif sur des arguments cliniques et psychopathologiques :

- sur le plan clinique : La fatigue, le repli, l'inhibition, les signes psychosomatiques et surtout la baisse de l'estime de soi sans culpabilité flagrante, la demande d'aide (même si elle n'est pas au premier plan) sont autant d'éléments qui orientent vers une dépression "**névrotique**". Ce terme est bien sûr imprécis et flou puisqu'il peut inclure un état dépressif tout à fait modéré, une dépression réactionnelle ou un état survenant sur des symptômes névrotiques. L'aspect "névrotique" renvoie pour nous à une représentation simplifiée, donc fortement caricaturale, par rapport à la mélancolie. Si l'on se situe dans les critères diagnostiques du D.S.M. III R., on parlera plutôt de "dysthymie". L'intérêt de pointer cette dimension névrotique réside dans le fait qu'on imagine alors presque immédiatement un sujet dont le contact est bon, marqué par une demande d'aide et un désir de revalorisation narcissique. Deux formes cliniques particulières sont intéressantes dans le cadre de notre réflexion:

- la dépression d'épuisement : dans son déroulement, elle semble avoir fourni un modèle évident au "burn-out" (augmentation de l'activité, stagnation et repli, effondrement). Cette entité devrait être réservée à notre avis aux professions de responsabilité (cadre) pour garder son originalité.

- la dépression essentielle : son élaboration théorique s'éloigne déjà un peu des névroses, mais le tableau clinique est à connaître pour pouvoir aider justement ces déprimés qui ont si peu de souffrance exprimée.

Au carrefour entre dépression essentielle et dépression d'épuisement, nous rejoignons le concept de dépression anaclitique décrit par Bergeret. Cette maladie du "Narcissisme" serait de plus en plus répandue dans les sociétés occidentales. Notre idée est que l'on ne peut pas raisonnablement envisager que la majorité des soignants, enseignants ou cadres présentent une personnalité aussi astructurée.

- sur le plan psychopathologique : la séquence décrite dans le "burn-out" : relation envers autrui, écart trop grand entre Idéal du Moi et réalité, absence de gratification dans cette relation avec production des symptômes cliniques précédemment cités, évoque tout à fait une séquence de fonctionnement psychique névrotique. Freud, cité par Olié a écrit "tout névrosé présente quelques traits de dépression et d'attente anxieuse". Il n'est pas besoin d'aller alors chercher plus loin l'explication d'un phénomène de "burn-out" au moins dans son initiation. Les symptômes constatés résultent de l'élaboration de défenses banalement névrotiques, rentrant soit dans le cadre d'une réaction de "contre-transfert" (plus juste serait contre attitude) soit dans l'émergence d'une symptomatologie dépressive si la faille narcissique est trop importante ou trop souvent mise à nue.

L'entité de "burn-out" que les auteurs ont tenu à individualiser depuis 1974 aux Etats-Unis se révèle donc actuellement manquer de spécificité.

L'idée initiale était séduisante : individualiser une souffrance particulière chez un jeune soignant trop idéaliste, voulant réparer son propre narcissisme dans un engagement envers autrui. La frustration inévitable et intolérable issue de la réalité, le plongeait dans une détresse assimilée à une "brûlure interne".

Mais par la suite l'élargissement du champ d'application, le manque d'élaboration théorique (en privilégiant au contraire les échelles de mesure) l'ont confiné à un concept intégrateur (Bibeau) par lequel on décide que tout un ensemble de signes hétérogènes est dû à des conditions de travail.

Si les premiers écrits ont éveillé notre intérêt par leur originalité, malheureusement c'est une certaine déception qui lui a fait place.

Golembiesky se console en estimant que si le "burn-out" n'est pas quelque chose de complètement nouveau, cela reste une évaluation nouvelle des changements des valeurs liées au travail.

Le "burn-out" semble un peu s'essouffler Outre Atlantique, sous l'effet de ce manque de solidité théorique et clinique.

Dans un même registre, on voit apparaître un certain "syndrome de fatigue chronique" décrit chez les cadres.

Malheureusement, la fatigue n'est peut être là encore qu'un signe contingent et universel qui échappe à toute description univoque.

Comme l'écrit Bugard (1960) "comment faire entrer des phénomènes hétérogènes dans un cadre lui même imprécis ? la fatigue échappe à toute définition".

Concernant la fatigue, nous rappellerons qu'elle a déjà été utilisée comme synonyme de dépression d'épuisement et maladie des managers : "fatigue des dirigeants".

De plus, en psychopathologie, Widlöcher (1981) la considère comme un symptôme primordial de l'état dépressif. La fatigue ne serait pas simplement l'effet de la tristesse mais elle la précéderait. La fatigue relèverait d'un facteur psychasthénique (crainte d'une incapacité de l'action) et d'une expression subjective du ralentissement ideomoteur.

Le "burn-out", la fatigue renvoient donc tous deux à un noyau dépressif qu'il est nécessaire d'évaluer cliniquement.

Mais l'histoire du "burn-out" n'est pas totalement sans intérêt, même si elle souffre de certaines lacunes.

Ce syndrome a permis de pointer une souffrance en situation de travail et peut faire proposer une réflexion en terme de psychopathologie du travail.

3) Implications en psychopathologie du travail.

On pourrait réfléchir sur un modèle d'idéologie défensive des métiers chez les soignants tels que l'a décrit C.Dejours pour les ouvriers du bâtiment. L'équipe d'ouvriers de Dejours travaille sur un lieu de danger réel : la peur née de la perception de ce danger ne peut être acceptée telle quelle, elle génère une anxiété, une souffrance, autour de laquelle va s'élaborer une défense collective : prise de risque, non respect de sécurité apparaissant paradoxaux pour l'observateur commun.

Que proposer chez les soignants ?

L'infirmier(e), dans une pratique hospitalière, appartient à une équipe de travail dont le but est d'atténuer la souffrance et obtenir la guérison des malades. Or, la confrontation entre la réalité quotidienne et l'idéal de soin (sans doute trop élevé) conduit à la perception d'un "danger" cette fois ci interne, pulsionnel, qui va créer une angoisse : le sentiment dangereux pourrait être exprimé de la sorte : "je suis incapable d'empêcher la mort des autres et à plus forte raison je ne peux empêcher ma propre mort". Ce type d'angoisse entraîne un sentiment de culpabilité propre à la structure névrotique du sujet. Cette souffrance, accentuée par le manque de reconnaissance (des patients, du groupe social), va entraîner l'élaboration d'une défense collective qui se présente comme une oscillation entre engagement excessif et désinvestissement, mise à distance par une hypertechnicité et déshumanisation dans les rapports avec autrui.

Ainsi, à la place de l'abnégation du don de soi (religieuse-infirmière) fait place une relative non implication qui là aussi paraît paradoxe pour l'observateur.

De même, "L'endurcissement", l'hypomanie face aux situations douloureuses, les "pauses café" qui s'éternisent sont autant d'éléments apparents de cette défense collective qui permet au soignant de se reconnaître dans l'autre et maintient la cohésion du groupe tout entier.

Des variantes propres à la spécificité de l'exercice existent : puisque nous avons eu une modeste approche du milieu psychogériatrique, quelques grandes lignes peuvent s'individualiser :

- l'activité n'est en général pas choisie : le soignant qui s'y retrouve ressent un sentiment d'abandon propre par rapport aux autres services.

- l'idéal soignant est particulièrement pris à défaut. Là plus qu'ailleurs, les efforts pour guérir le patient, pour le faire sortir de l'hôpital seront vains, ne rencontrant que la dégradation inéluctable et la mort.

- le travail est pénible, agressant toutes les fonctions physiologiques (vision, olfaction, système musculo-squelettique)

- l'équilibre psychologique est particulièrement menacé par le contact avec une personne âgée représentant un aîné devenu complètement dépendant (inversion des rôles) et par le contact omniprésent avec la mort de cet aîné. L'équilibre Narcissique nécessite d'être solide et les conflits psychiques les plus archaïques devront avoir été réglés.

La pratique psychiatrique a connu par ailleurs depuis trente ans une évolution propre obligeant le soignant à une adaptation avec remise en question permanente (Seguin, 1989) : mise en place des chimiothérapies, développement de la psychopathologie, critiques sociales de l'institution, augmentation du nombre de praticiens, diversification des centres de soins et ouverture vers l'extérieur...

Ces éléments nouveaux amènent leurs changements mais aussi leurs risques et leurs limites pour l'ensemble des intervenants en psychiatrie.

La souffrance évoquée dans le développement d'une idéologie défensive de métier mérite une investigation et un soutien de manière la plus logique possible.

Il faut tout d'abord une approche clinique rigoureuse, permettant de reconnaître un état pathologique franc nécessitant un traitement par exemple.

Mais il faut aussi proposer un soutien et une écoute envers le groupe professionnel souffrant. L'enjeu est important et mériterait une mise en place de groupes de parole dans les unités de soin avec un intervenant extérieur à la structure . Cet intervenant devra manifester une bonne connaissance du milieu et posséder des qualités de psychothérapeute. Son rôle est de catalyser les différents affects en abordant le vécu du soignant par rapport à un patient ou à tout autre personne de l'équipe. Cette proposition à la fois d'écoute bienveillante revalorisante et d'aide à l'introspection apporterait un bénéfice à l'équipe et à chacun, mais bien sûr pas à court terme. Notre avis est que le médecin du service participe à ces démarches pour pouvoir montrer lui aussi les failles de son engagement, ses doutes trop souvent masqués derrière une apparente certitude.

Cette idée n'est certes pas nouvelle puisque déjà appliquée essentiellement en entreprise. Le système de soin français ne semble pas prêt encore à de telles méthodes qui lui seraient pourtant salutaires.

CONCLUSION

Le lien qui existe entre l'homme et son travail a aidé à bâtir des civilisations. C'est un lien parfois mystérieux en tout cas primordial.

Comprendre ce lien et l'aborder en terme psychopathologique permet d'appréhender une partie importante de l'activité humaine.

C'est ainsi que beaucoup d'auteurs d'horizons différents participent en France à une réflexion particulière sur la situation de travail aussi bien à partir du plaisir que de la souffrance qu'elle peut engendrer.

Nous avons présenté les caractéristiques et les buts de cette psychopathologie du travail dans une première partie.

Puis nous avons étudié comment une entité clinique nouvelle, très liée justement aux valeurs culturelles du travail, a été définie aux Etats-Unis sous le terme de "burn-out" dans les années soixante dix.

Le syndrome de "burn-out" se manifeste par un sentiment de détresse psychologique chez un sujet en situation de travail épuisant rapidement ses ressources émotionnelles dans une relation d'aide envers autrui.

Victime d'un engouement auprès des milieux scientifiques et sociologiques, les lacunes de ce tableau clinique sont rapidement apparues : manque d'élaboration théorique, manque de spécificité.

A travers le "burn-out", il a été de plus en plus évident que l'on parlait de choses déjà connues, au carrefour entre stress, trouble de l'adaptation, anxiété ou dépression.

Intéressés cependant par la description initiale, nous avons voulu rechercher dans quelle mesure il était possible de transposer cette notion de "burn-out" dans un système de soins français.

Il a donc été proposé à un échantillon d'infirmiers travaillant en psychogériatrie des échelles de psychopathologie quantitative évaluant le "burn-out" mais aussi la dépression, l'anxiété et le stress.

Les résultats montrent une certaine prévalence du syndrome mais celui-ci ne remplit pas tous les critères le définissant outre-Atlantique.

De plus, sa confrontation avec l'entité clinique de dépression montre qu'à travers lui, la détresse psychologique évaluée correspond à une

dynamique dépressive que nous classons dans un registre général névrotique.

Ceci confirme la valeur transculturelle limitée du tableau Nord Américain et sa trop forte ressemblance avec la dépression.

Le syndrome de "burn-out" a l'intérêt cependant de pointer un malaise, une détresse authentique qui méritent d'être évalués

Mais que l'on veuille rechercher une souffrance en deçà de la maladie mentale ou un état pathologique avéré, il faut garder à l'esprit l'application d'une méthode clinique rigoureuse.

Il reste néanmoins vrai que soigner, enseigner, aider l'autre devient peut-être en cette fin de siècle plus particulièrement difficile.

Ceci nous a conduit à proposer un modèle "d'idéologie défensive de métier" tel que défini par C.Dejours : les sujets travaillant en équipe élaborent des défenses individuelles puis collectives spécifiques pour éviter l'apparition d'une souffrance et d'une anxiété, incompatibles avec le bon déroulement du travail.

Le concept que nous proposons chez le groupe infirmier met en évidence un équilibre précaire d'adaptation qui nécessiterait la mise en place de groupes de soutien dont nous esquissons un modèle de fonctionnement.

BIBLIOGRAPHIE

ALDWIN, C.M., REVENSON, T.A.

Does coping help ? A reexamination of the relation between coping and mental health.

Journal of Personality and Social Psychology, 1987, 5, 2 : 337-348.

AMIEL, R.

Psychopathologie du travail, approche psycho-bio-écologique du malmenage professionnel et considérations sur la prévention des mal-adaptations.

Annales Médico-Psychologiques , 1985, 143, n°8 : 729-751.

AMIEL, R.

Stress et psychopathologie du travail.

Archives Maladies Professionnelles, 1989, 50, n°7 : 696-704.

BERGERET, J.

Les états limites.

E.M.C. Paris Psychiatrie, 37935 A 10, 2-1970.

BERGERET, J.

La personnalité normale et pathologique.

Paris : Bordas Ed., 1985, p. 131 à 162.

BESSE, M., CHAZARIN, C., DUMONT, D., LE FLAHEC, A., SOULAGNET-BASCOU, M.C.

Le burn out : mythe ou réalité ?

Recherche en soins infirmiers, 1992, mars, n°28.

BIBEAU, G.

Le burn out : 10 ans après.

Santé mentale du Québec, 1985, 10, 2 : 30-43.

BIDAN, A.

Travailler en gériatrie : une souffrance pour les soignants ?
Gérontologie, 1987, mars : 13-16.

BIEDER, J.

Résumés des communications québécoises.
Annales Médico-Psychologiques, 1985, 143, n°7 : 605-609.

BOITEL, L., COURTHIAT, M.C., DEMOGEOT, F.

Etude de la maladie dépressive en milieu de travail.
Archives Maladies Professionnelles, 1990, 51, 8 : 553-565.

BROMET, E.J., PARKINSON, D.K., CURTIS, E.C., SCULBERG, H.C.

Epidemiology of depression and alcohol abuse / dependance in a managerial
and professional work force.
Journal of occupational Medecine, 1990, 32, 10 : 989-995.

BUGARD, P.

La fatigue . Physiologie, psychologie et médecine sociale.
Paris : Masson Ed. 1960, 305p.

BUGARD, P.

Pathologie mentale professionnelle : pseudo névroses de situation et
asthénie réactionnelles.
Soins Psychiatrie, 1985, n°52 : 13-20.

BURKE, R.J., DESZCA, E.

Correlates of psychological burn out among police officers.
Humans Relations, 1986, 39, 6 : 487-502.

BURKE, R.J., GREENGLASS, E.R.

It may be lonely at the top but it's less stressful : psychological burn out in
public schools.
Psychological Reports, 1989, 64 : 615-623.

CESLOWITZ, S.B.

Burn out and coping strategies among hospital staff nurses.
Journal of Advanced Nursing, 1989, 14, 7 : 553-558.

HAZARIN, C.

L'usure professionnelle est-elle un risque pour l'infirmière ?
Recherche en soins infirmiers, 1991, décembre, n°27.

COADY, C.A., KENT, V.D., DAVIS, P.W.

Burn out among social workers working with patients with cystic fibrosis.
Health and Social Work, 1990, 15, 2 : 116-124.

CORIN, E., BIBEAU, G.

Le burn out : une perspective anthropologique.
Annales Médico-Psychologiques, 1985, 143, n°7 : 621-627.

COTTRAUX, J.

Les thérapies comportementales et cognitives.
Paris : Masson Ed., 1990, 221p.

CROMBEZ, J.C., GASCON, L., LEGAULT, L., PILIC, I., PLANTE, G.,
FONTAINE, J.G.

Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel.
L'Union Médicale du Canada, 1985, 114 : 176-181.

DAILEY, R.C.

Role perceptions and job tension as predictors of nursing turnover.
Nursing Connections, 1990, 3, 2 : 33-42.

DEBRAY, Q.

Dépression et entrée dans la vie professionnelle.
Journal de Psychiatrie Biologique et Thérapeutique, 1984, n°11 : 14-17.

DEBRAY, Q., ESTRYN-BEHAR, M., GUILLIBERT, E., AZOULAY, S., BONNET,
N.

Travail féminin en milieu hospitalier : un facteur de dépression ? Une étude
pilote.
Psychiatrie et Psychologie, 1988, 3 : 389-399.

DECKARD, G.J., PRESENT, R.M.

Impact of role stress on physical therapists' emotional and physical well being.

Physical Therapy, 1989, 69, 9 : 713-718.

DEJOURS, C.

Travail : usure mentale. Essai de psychopathologie de travail.

Paris : Le centurion médecine humaine Ed., 1980 a, 155p.

DEJOURS, C.

La charge psychique de travail.

"Equilibre ou fatigue dans le travail", Société française de Psychologie, 1980 b. 1 vol.

DEJOURS, C.

Psychopathologie du travail.

E.M.C. Paris Psychiatrie, 37886 A 10, 2-1982.

DEJOURS, C.

Psychopathologie et rapports sociaux au travail.

Revue de Médecine Psychosomatique, 1989, 20 : 21-30.

DEJOURS, C., ABDOUCHELI, E.

Psychopathologie du travail : introduction clinique.

Rapport sur la psychopathologie du travail, XXIème journées de médecine du travail, Rouen, 1990.

DESSUANT, P.

Le narcissisme.

Paris : Presses Universitaires de France Ed., opuscule "que sais-je", 1988, 127p.

DOPPLER, F. GODARD, P. MEFFRE, S.

Psychopathologie du travail : introduction théorique.

Rapport sur la psychopathologie du travail, XXIème journées de médecine du travail, Rouen, 1990.

DUFLOT., FELLION., POULIQUEN.

L'épuisement chez les fonctionnaires vu à travers leur demande de congés.
Annales Médico Psychologiques, 1985, 143, n°7 : 639-645.

EATON, W.W., ANTONY, J.C., MANDEL, W., GARRISON, R.

Occupations and prevalence of major depressive disorder.
Journal of Occupational Medicine, 1990, 32, 11 : 633-641.

ESTRYN-BEHAR, M.

Ergonomie et burn out.

Dossier de l'infirmière magazine, 1992, n°57 : 2-15.

FERNANDEZ ZOILA, A.

Avant propos.

Revue de Médecine Psychosomatique, 1989 a, 20 : 9-14.

FERNANDEZ ZOILA, A.

Dysphories, éclatements et ruptures : aspects d'une psychopathologie du travail.

Revue de Médecine Psychosomatique, 1989 b, 20 : 85-98.

FIRTH, H., Mc INTEE, J., Mc KEOWN, P., BRITTON, P.

Burn out and professional depression : related concepts ?

Journal of Advance Nursing, 1986, 11 : 633-641.

FOLKMAN, S., LAZARUS, S.R., GRUEN, R.J., DE LONGIS, A.

Appraisal, coping, health status and psychological symptoms.

Journal of Personality and Social Psychology, 1986, 50, 3 : 571-579.

FOLKMAN, S., LAZARUS, S.R.

Stress processes and depressive symptomatology.

Journal Abnormal Psychology, 1986, 95, 2 : 107-113.

FONTAINE, F.

Le burn out, l'âme en deuil de son idéal.

Nursing Québec, 1985, 8, n°5 : 18-24.

FOXALL, M.J., ZIMMERMAN, L., STANDLEY, R., BENE, B.

A comparison of frequency and sources of nursing job stress perceived by intensive care, hospice and medical surgical nurses.

Journal of Advanced Nursing, 1990, 15 : 577-584.

FREUD, S.

Inhibition, symptôme et angoisse.

Paris : Presses Universitaires de France Ed., 1975, 102p.

FREUDENBERGER, H.J.

Staff burn out.

Journal of Social Issues, 1974, 30, 1: 159-165.

FREUDENBERGER, H.J.

L'épuisement professionnel : "la brûlure interne".

Chicoutimi : Gaëtan Morin Ed., 1987, 190p.

GAGNON, A.

Burn out institutionnel.

Annales Médico Psychologiques, 1985, 143, n°7 : 646-651.

GAYDA, M., VACOLA, G.

Epuisement et retraite.

Annales Médico Psychologiques, 1985, 143, n°7 : 633-638.

GILMORE, A.

Le moral des soignants en service de long séjour.

Psychologie Médicale, 1983, 15, 8.

GODARD, P.

Introduction à la psychopathologie du travail.

Revue de Médecine du Travail, 1987, 14, n°5 : 159-170.

GOLEMBIEWSKI, R.T.

An orientation to psychological burn out : probably something old, definitely something new.

Journal of Health and Human Resources Administration, 1984, 7 : 153-151.

GRANTHAM, H.

Le diagnostic différentiel et le traitement du syndrome d'épuisement professionnel (burn out).

Annales Médico Psychologiques, 1985,143, n°8 : 776-781.

GRAY-TOFT, P., ANDERSON, J.G.

The nursing stress scale : development of an instrument.

Journal of Behavioral Assessment , 1981, 3, 1 : 11-22.

HAACK, M.R.

Stress and impairment among nursing students.

Research in nursing and health, 1988, 11, 2 : 125-134.

HARRIS, R.B.

Reviewing nursing stress according to a proposed coping adaptation framework.

Advance in Nursing Sciences, 1989, 11, 2 : 12-28.

HILLAIRET-HOFFBECK, M.

La dépression de l'infirmière en gériatrie : mythe ou réalité ?

Gérontologie, 1991, n°78 : 36-38.

HUSTED, G.L., MILLER, C.M., WILCZYNSKI, E.M.

Retention is the goal : extinguish burn out with self esteem enhancement.

Journal of Continuing Education in Nursing, 1989, 20, n°6 : 244-248.

JACKSON, E.S., SCHWAB, R.L., SCHULER, R.S.

Toward an understanding of burn out phenomenon.

Journal of Applied Psychology, 1986, 71, n°4 : 630-640.

JENKINS, R.

Minor psychiatric morbidity in employed young men and women and its contribution to sickness absence.

British Journal of Industrial Medecine, 1985 a, 42 : 147-154.

JENKINS, R.

Minor psychiatric morbidity and labour turnover

British Journal of Industrial Medecine, 1985 b, 42 : 534-539.

KELLER, K.L., KOENIG, W.J.

Management of stress and prevention of burn out in emergency physicians.
Annals of Emergency Medicine, 1989, 18, 1 : 42-47.

KELLER, K.L.

Management of stress and prevention of burn out in emergency nurses..
Journal of Emergency Nursing, 1990, 16, 2 : 90-95.

LAXENAIRE, M.

La dépression d'épuisement et son traitement.
Journal de Psychiatrie Biologique et Thérapeutique, 1984, n°11 : 11-13.

LEBIGOT, F., LAFONT, B.

Psychologie de l'épuisement professionnel.
Annales Médico Psychologiques, 1985, 143, n°8 : 769-775.

LEE, K.A., HICKS, G., NINO-MURCIA, G.

Validity and reliability of a scale to assess fatigue.
Psychiatry Research, 1991, 36 : 291-298.

LEGER, J.M., LANGEARD, J., LE JAN, P., COURTEY, P.

Les états dépressifs en relation avec le travail et leur traitement.
Journal de Psychiatrie Biologique et Thérapeutique, 1984, n°11 : 19-22.

LHUILIER, D., MIGNEE, C., RAIX, A.

Approches psychosociales du stress.
Rapport sur la psychopathologie du travail, XXI^{ème} journées de médecine
du travail, Rouen, 1990.

MAC CARTHY, P.

Burn out in psychiatry nursing.
Journal of Advanced Nursing, 1985, 10 : 305-310.

MAC CRANIE, E.W., BRANDSMA, J.M.

Personality antecedents of burn out among middle aged physicians.
Behavioral Medicine, 1988, 14, 1 : 31-36.

MACINICK, C.G., MACINICK, G.W.

Strategies for burn out prevention.

International Nursing Revue, 1990, 37, 2 : 247-249.

MARTY, P.

La dépression essentielle.

Revue Française de Psychanalyse, 1968, 3 : 595-598.

MASLACH, C., JACKSON, S.E.

The measurement of experienced burn out.

Journal of Occupational Behaviour, 1981, 2 : 99-113.

MASSON, O.

Le syndrome d'épuisement professionnel.

Thérapie Familiale, 1990, 11, n°4 : 355-370.

MEIER, S.T.

The construct validity of burn out.

Journal of Occupational Psychology, 1984, 57 : 211-219.

MOSS, V.A.

Burn out : symptoms, causes, prevention.

AORN journal, 1989, 50 : 1071-1076.

OGUS, E.D.

Burn out and social support systems among ward nurses.

Issues in Mental Health Nursing, 1990, 11 : 267-281.

OLIE, J.P., PETITJEAN, F.

Psychopathologie de la dépression.

Semaine des Hôpitaux de Paris, 1981, 57, n°15-16 : 775-779.

PARIENTE, P., GUELFY, J.D.

Inventaires d'auto évaluation de la psychopathologie chez l'adulte.

Psychiatrie et Psychologie, 1990, 5 : 87-102.

PEARLIN, L.I., SCHOOLER, C.

The structure of coping.

Journal of Health and Social Behaviour, 1978, 19 : 2-21.

PIERCE, C.M.B., MOLLOY, G.N.

The construct validity of the Maslach burnout inventory : some data from down under.

Psychological Reports, 1989, 65 : 1340-1342.

PIERCE, C.M.B., MOLLOY, G.N.

Psychological and biographical differences between secondary school teachers experiencing high and low levels of burnout.

British Journal Educational Psychology, 1990, 60 : 37-51.

PINES, A.P., MASLACH, C.

Characteristics of staff burnout in mental health settings.

Hospital and Community Psychiatry, 1978, 29, n°4 : 233-237.

PINES, A.P., ARONSON, E., KAFRY, D.

Le burn out : comment ne pas se vider dans la vie et au travail.

Québec : Le jour Ed., 1982, 303p.

PLOTON, L.

La souffrance des soignants en gériatrie.

La revue de Gériatrie, 1981, 6, n°3 : 117-122.

PONT-GOUDARD, D., RODRIGUEZ-ELY, I., SERRET, C., MATHIAS, A., POYEN, D.

Psychopathologie du travail : approche du problème en milieu hospitalier.

Archives Maladies Professionnelles, 1987, 48 : 62-64.

POROT, A.

Manuel alphabétique de psychiatrie.

Paris : Presses Universitaires de France Ed., 1984, 746p.

RAIX, A.

Le burn out.

Rapport sur la psychopathologie du travail, XXII^{ème} journées de médecine du travail, Rouen, 1990.

SALEHI, I.

Le questionnaire du lieu de contrôle de J.B. Rotter, sa base théorique et son intérêt.

Thèse d'état, Université René Descartes, Paris V, 1980, 180p.

SCARFONE, D.

Le syndrome d'épuisement professionnel : y aurait-il de la fumée sans feu ?

Annales Médico Psychologiques, 1985, 143, n°8 : 754-761.

SCHONFELD, I.S.

Psychological distress in a sample of teachers.

The Journal of Psychology, 1990, 124, 3 : 321-338.

SEGUIN, M.

Travail de crise et fatigue des soignants.

Soins Psychiatrie, 1989, n°102 : 35-44.

SNIBBE, J.R., RADCLIFFE, T., WEISBERGER, C., RICHARDS, M., KELLY, J.

Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting.

Psychological Reports, 1989, 65 : 775-780.

STORA, J.B.

Le stress.

Paris : Presses Universitaires de France, opuscule "que sais-je", 1991, 127p.

STOUT, J.K., WILLIAMS, J.M.

Comparison of two measures of burnout.

Psychological Reports, 1983, 53 : 283-289.

TOPF, M.

Personality hardiness, occupational stress and burn out in critical care nurses.

Research in Nursing and Health, 1989, 12 : 179-186.

VANDERMOUTEN, M.J., DUBREUCQ, J.L.

L'épuisement professionnel en milieu psychiatrique.

Soins Psychiatrie, 1990, n°113 : 25-27.

VERBIZIER (DE), J.

Psychopathologie de l'hypersécurité sociale.

Soins Psychiatrie, 1985, n°52 : 21-24.

VERBIZIER (DE), J.

Situations épuisantes en psychiatrie.

Actualités psychiatriques, 1986, 9 : 46-48.

WIDLÖCHER, D.

Fatigue et dépression.

L'encéphale, 1981, 7 : 347-351.

WOLPIN, P., BURKE, R.J., GREENGLASS E.R.

Golembieswski's phase model of psychological burnout : some issues.

Psychological Reports, 1990, 66 : 451-457.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.	p.13
PREMIERE PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL.	p.16
1) Définition.	p.16
2) Historique.	p.16
2 a MEYERSON.	p.17
2 b LE GUILLANT, BEGOUIN, SIDAVON.	p.17
3) Evolution ulterieure de la psychopathologie du travail.	p.18
3 a C.VEIL, R.AMIEL.	p.18
3 b A.F.ZOILA.	p.19
4) Les théories de C.Dejours.	p.20
4 a APPROCHE PSYCHANALYTIQUE EN PSYCHOPATHOLOGIE DU TRAVAIL.	p.21
4 b HYPOTHESES THEORIQUES DEVELOPPEES PAR DEJOURS.	p.21
- La charge psychique du travail.	p.22
- Souffrance, anxiété, idéologie défensive des métiers.	p.23
- L'insatisfaction au travail.	p.24
* le contenu significatif.	p.24
* le contenu ergonomique.	p.24
5) Insatisfaction au travail et maladies mentales.	p.25
DEUXIEME PARTIE : LE BURN OUT.	p.31
1) Emergence du concept en 1974 : Freudenberg.	p.31
2) Descriptions ulterieures du burn out.	p.32
2 a HYPOTHESE DE MASLACH.	p.32

2 b PINES, ARONSON, KAFRY.	p.34
2 c CHERNISS.	p.35
2 d EDELWICH ET BRODSKY.AUTRES AUTEURS.	p.36
2 e LE BURN OUT EN 1980 VU PAR FREUDENBERGER.	p.36
3) Le burn out en Europe.	p.38
3 a EN FRANCE.	p.38
3 b EN SUISSE.	p.39
4) Echelles de mesure du burn out.	p.40
4 a M.B.I. : PRESENTATION ET UTILISATION.	p.40
4 b LE TEDIUM MEASURE ET SA COMPARAISON AU M.B.I.	p.42
4 c LE MODELE EN HUIT PHASES DE GOLEMBIESKY.	p.43
ANNEXES : M.B.I ET TEDIUM MEASURE.	p.44 à p.47
5) Les conséquences du burn out et les mesures préconisées.	p.48
5 a LES CONSEQUENCES.	p.48
5 b MESURES PRECONISEES CONTRE LE BURN OUT.	p.50
- Pour Freudenberger.	
- Pour Maslach.	
- Pour Lauderdale.	
- Pour Macinick.	
- Pour Grantham.	
- Enfin pour Masson.	
TROISIEME PARTIE : PSYCHOPATHOLOGIE DU BURN OUT.	p.54
1) Hypothèses concernant le burn out lui même.	p.54
1 a LES PROFESSIONS A RISQUES POUR LE BURN OUT.	p.54
1 b LES APPROCHES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES.	p.56
1 c LES APPROCHES PSYCHANALYTIQUES.	p.58
1 d LES PERSONNALITES PREDISPOSANTES AU BURN OUT.	p.61
2) Où se situe le burn out ?	p.67
2 a TROUBLES DE L'ADAPTATION ET BURN OUT	p.68
- Burn out et désadaptation sociale.	p.68

- Trouble de l'adaptation et pathologie psychiatrique. **p.69**

ANNEXES : Troubles de l'adaptation (Tableaux 1 et 2) **p.73 à 74**

2 b STRESS ET BURN OUT. **p.75**

- Rappel historique et évolution actuelle du stress. **p.75**

- Facteurs de stress professionnels et burn out **p.76**

* conflit et ambiguïté de rôle. **p.76**

* le stress relationnel. **p.77**

* le déroulement de la carrière professionnelle. **p.77**

- Les modes de réponses au stress et au burn out. **p.78**

* rappels théoriques. **p.78**

* coping et burn out. **p.78**

2 c DEPRESSION ET BURN OUT.. **p.80**

- Dépression d'épuisement ou "maladie des dirigeants". **p.81**

- Dépression essentielle de l'école psychosomatique. **p.83**

- Comparaison burn out et dépression par évaluation quantitative. **p.84**

2 d ANXIETE ET BURN OUT. **p.86**

QUATRIEME PARTIE : ETUDE DU BURN OUT AUPRES D'UNE POPULATION D'INFIRMIER(E)S.

1) Materiel et méthode. **p.89**

1 a LA POPULATION CHOISIE. **p.89**

1 b LE CONTENU DE L'ENQUETE. **p.90**

- Données descriptives générales. **p.90**

- Echelles d'auto évaluation. **p.91**

- echelles d'hétéro évaluation. **p.92**

2) Résultats(Graphiques). **p.93**

CINQUIEME PARTIE : DISCUSSION. **p.96**

1) Commentaires des résultats de l'enquête. **p.96**

2) Qu'a t'on évalué au travers de l'échelle de burn out appliquée à notre population ?	p.101
2 a UN EFFET DU STRESS PROFESSIONNEL.	p.101
2 b EVALUATION D'UNE ANXIETE.	p.102
2 c EVALUATION D'UNE DEPRESSION	p.102
3) Implications en psychopathologie du travail.	p.105
CONCLUSION.	p.108
BIBLIOGRAPHIE	p.110

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité de l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 52

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Résumé :

Le syndrome de "burn-out" ou "épuisement professionnel" a été décrit dans les années soixante dix aux Etats Unis au sein des professions d'aide. Son apparition résulte d'une transformation des valeurs liées au travail. Le tableau clinique, les hypothèses psychopathologiques le concernant sont présentés suivis d'une comparaison avec des entités telles que les troubles de l'adaptation, le stress, la dépression et l'anxiété.

Une enquête a été réalisée auprès de soignants en psychogériatrie pour vérifier si le "burn-out" pouvait exister en France et préciser ses rapports avec la dépression, le stress et l'anxiété. Les résultats confirment une valeur transculturelle limitée et une forte ressemblance à un noyau dépressif névrotique.

Une certaine détresse psychologique existe bien dans les professions soignantes, elle est abordée en terme de psychopathologie du travail. Des moyens sont ainsi proposés pour soutenir ce groupe professionnel.

Mots-clés :

Syndrome de "burn-out".
psychopathologie du travail.
Dépressif (état), activité professionnelle.