



www.santementale.fr

santé mentale

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

N° 190 | SEPTEMBRE 2014

Dossier

Burn-out : comprendre et accompagner

CERF, 400 formations au service de votre épanouissement professionnel

PSYCHOLOGIE - PSYCHIATRIE

Psychiatrie d'urgence, soins spécifiques en urgence psychiatrique - Niveau 1	16 au 20/03/2015	Paris
Dépendance et conduites addictives	23 au 27/03/15	Paris
Deuil et clinique du deuil	07 au 10/04/15	Paris
Troubles des contenants de pensée et difficultés d'apprentissage	07 au 10/04/15	La Rochelle

EFFICACITÉ PROFESSIONNELLE ET TRAVAIL EN ÉQUIPE

Le "burn out". L'épuisement professionnel et ses dangers	16 au 20/03/15	La Rochelle
Leadership "le personnel" et "le management" - Niveau 1	30/03 au 03/04/15	Lyon
Changement et/ou permanence. Comment passer du subir au devenir ?	18 au 22/05/15	La Rochelle
La fonction coordination et animation dans une équipe : le management sans lien hiérarchique	01 au 05/06/15	Lyon

ACCOMPAGNEMENT D'ENFANTS ET D'ADOLESCENTS

La dépression et la maladie mentale des parents. Effets sur l'enfant et la pratique des professionnels	09 au 13/03/15	Paris
Adolescence et sexualité : comment en parler ?	17 au 20/03/15	Nîmes
La violence chez l'enfant et l'adolescent	23 au 27/03/15	La Rochelle
De la négligence à la maltraitance, l'enfant en souffrance. Niv. 1 : dépistage, révélation et recueil d'informations préoccupantes	30/03 au 03/04/15	Paris
L'éveil sensoriel, corporel et les explorations motrices du bébé et du jeune enfant	30/03 au 03/04/15	La Rochelle
L'ennui chez l'enfant ou l'ambivalence des sentiments	11 au 13/05/15	Paris

ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES HANDICAPÉES

Comment accueillir et accompagner un sujet psychotique ? - Niv.1	16 au 20/03/15	La Rochelle
Comment travailler avec le délire dans la psychose ? - Niveau 1	23 au 27/03/15	Toulouse
Approche psychodynamique de la réadaptation des patients psychotiques	07 au 10/04/15	Paris
Vers un travail de prévention de la maltraitance aux personnes âgées	18 au 22/05/15	Paris

ACTIVITÉS À MÉDIATION (ARTISTIQUE, CORPORELLE,...)

Initiation à l'art-thérapie en Dessin-Peinture-Collage - Niveau 1	09 au 13/03/15	Tours
Relaxation et musique, massage relaxant sur sonorités musicales	09 au 13/03/15	La Rochelle
Le jeu de clown. Outil de médiation - Niveau 1	23 au 27/03/15	Paris
Piscine - Balnéo. Un environnement singulier pour une pratique singulière - Niveau 1	23 au 27/03/15	Niort
L'écriture, une médiation thérapeutique	01 au 05/06/15	Paris

**➤ Retrouvez l'ensemble
de nos formations et programmes de DPC
sur notre catalogue ou www.cerf.fr**



CERF FORMATION SAS

7 rue du 14 Juillet - BP 70253
79008 Niort cedex
Tél. 05 49 28 32 00 - Fax 05 49 28 32 02
www.cerf.fr



ODPC habilité
à dispenser des
programmes de DPC



**Catalogue
2015
disponible**



www.glyphes.fr - Photo : Fotolia, Thinkstock



Santé mentale est une publication
des éditions ACTE PRESSE,
12, rue Dupetit-Thouars, 75003 Paris.
Courriel : santementale@wanadoo.fr
Internet : www.santementale.fr
Tél. : 01 42 77 52 77 ; fax : 01 42 77 52 37.
N° de commission paritaire : 0317T81361
N° ISSN : 1273-7208
Prix au numéro : 18 euros (frais de
port inclus). Revue indexée avec le
thesaurus Santeopsy du réseau ascodocpsy.

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Isabelle Lolivier

RÉDACTRICE EN CHEF
Isabelle Lolivier (01 42 77 55 30)

RÉDACTEUR EN CHEF ADJOINT
Dominique Friard

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION
Valérie Westphal
(01 42 77 55 32)

RÉDACTION
Valérie Westphal (Actualités)
Louis Joseph (Lu quelque part)
Virginie de Meulder
(Les petits bonheurs du soin)
Ascodocpsy (Pour en savoir plus)
Viviane Beltrame, Sophie Le Mignon
(indexation des articles)

PUBLICITÉ
Béatrice Bertelli (01 42 77 55 31)

ABONNEMENTS
Virginie Langlais (01 42 77 52 77)

CRÉATION GRAPHIQUE
Laëtitia Loas, Mamma Mia Design

MAQUETTE
Brigitte Ourlin

IMPRESSION
Imprimerie de
Champagne,
52200 Langres



COMITÉ DE RÉDACTION
F. Mousson, M. Jaeger, Y. Gigou,
J.-F. Lévêque, R. Isnard, P. Arene, J. Morin,
J.-P. Le Guen, M. Castagna, M. Rajablat,
X. Frégosi, S. Szerman, M.-P. Reynaud,
V. Kapsambelis, J. Szporko, V. Di Rocco.

COMITÉ SCIENTIFIQUE
Dr G. Massé (psychiatre),
Dr P. Bailly-Salin (psychiatre),
F. Pétoin (IG psy – ADI),
D. Feuille (IG – AP-HP),
J. L. Gérard (cadre inf. psy –formateur),
J.-M. Evain (IG psy),
W. Hesbeen (IG – ENSP),
J. Martinez (directeur d'hôpital),
G. Laroque (Unafam),
Dr C. Bonnet (Féd. Croix-Marine),
J. Lombard (FNAP-PSY),
M. Bretin-Naquet
(maître de conférences),
Pr. E. Zarifian † (psychiatre)

Un encart MNH est broché au centre
de ce numéro.

TABLEAU DE COUVERTURE
© Christian Fafet.



© Christian Fafet. No Face A n° 25, 2009.

23

Dossier :

Burn-out : comprendre et accompagner

- 24 Définir le burn-out – Michel Delbrouck
- 30 Risques organisationnels et burn-out – Christine Jeoffrion, Abdel Halim Boudoukha
- 36 Burn-out, idéal du moi et désir – Vincent Charazac
- 42 La fatigue de soigner – Pierre Canoui
- 48 Le sentiment de satisfaction au travail – Jean-Paul Lanquetin
- 54 Retrouver le plaisir de soigner – Martine Pacault-Cochet
- 56 Reconnaissance au travail : mission impossible ? – Bénédicte Vidaillet
- 62 Le burn-out, une pathologie de civilisation – Pascal Chabot
- 68 « Toute ma vie, j'ai voulu être utile » – Ariane Bilheran
- 74 « Je ne sers à rien » – Charly Cungi
- 82 L'après burn-out – Sabine Bataille
- 88 Pour en savoir plus – Ascodocpsy

2 Actualités

- La qualité de vie au travail
des infirmiers psy
- Un kit pédagogique sur les droits
des usagers
- L'information pharmaceutique
à l'hôpital
- Soins sans consentement :
une pseudo-judiciarisation ?

10 Agenda

12 Kiosque

14 Lu quelque part

16 Art de soigner

Un programme mère-bébé
pour soigner le lien

21 Les petits bonheurs du soin

« On dirait un bébé !... »

22 Classique du soin

Épuisement professionnel

91 Petites annonces

UNE ENQUÊTE SUR LES AIDANTS

Eufami (Fédération européenne des associations de familles malades psychiques) lance une enquête pour recenser les besoins des aidants de personnes atteintes de troubles psychiques.

■ Pour participer : www.surveymonkey.com/s/CR5HXQC

ÉVALUER LA RÉCIDIVE

Selon les auteurs de cet article, en complément de leur jugement clinique, « les praticiens français doivent s'approprier des outils actuariels » pour évaluer de façon plus mathématique le risque de récurrence...

■ Évaluation du risque de récurrence : de la nécessité d'une evidence based expertise. M. Abondo, R. Bouvet, R. Palaric et al. Médecine et droit, n° 127, juillet 2014.

FORMATION 2015

Pour l'année 2015, le ministère des Affaires sociales et de la Santé retient, entre autres priorités, les axes de formation qui contribueront au Plan Psychiatrie et santé mentale 2011-2015. Notons que la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie mentale sévère est une des trois thématiques retenue des programmes nationaux de DPC.

■ Instruction DGOS/RH4/2014/238 du 28 juillet 2014 relative aux orientations en matière de développement des compétences des personnels des établissements de la FPH

ÉLECTROSTIMULATION CRÂNIENNE ET DÉPRESSION

Selon une analyse de la littérature, l'efficacité de l'électrostimulation crânienne (auto-administration d'un courant électrique de faible intensité avec un appareil portable) dans le traitement de la dépression n'est pas démontrée.

■ Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression (Review), Kavirajan HC, Lueck K, Chuang K, The Cochrane Library 2014, Issue 7, 8 juillet 2014.

MÉDICAMENTS

Ce manuel édité par la revue Prescrire permet de retrouver les principaux médicaments connus pour causer ou aggraver divers problèmes de santé.

■ Petit manuel des troubles d'origine médicamenteuse, Prescrire, septembre 2014, 224 p., 20 euros. www.prescrire.org

La qualité de vie au travail des infirmiers psy

RECHERCHE EN SOINS. Un programme de recherche infirmière et paramédicale s'intéresse aux éléments qui impactent la qualité de vie au travail.



© Stocklib - Cathy Yeulet.

Chez les infirmiers, la souffrance psychologique au travail est un des principaux déterminants d'une éventuelle intention de quitter leur institution (1). Améliorer la qualité de vie au travail (QVT) permettrait donc de fidéliser ces soignants et d'accroître l'attractivité des institutions de soins. Néanmoins, il reste difficile d'évaluer le bien-être psychologique au travail et peu de travaux se sont intéressés spécifiquement

aux aspects structurels de l'organisation des soins et aux variables propres aux soignants. Un projet de Programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (PHRIP), coordonné par Pierre Cheyroux, cadre de santé au Pôle Psychiatrie au CHRU de Tours, vise à identifier les facteurs individuels, organisationnels et managériaux pouvant impacter la QVT des infirmiers en psychiatrie et au-delà, le retentissement de cette QVT sur la qualité des soins.

Dans ce contexte, la psychiatrie constitue un terrain d'expérimentation idéal. Les équipes soignantes y prennent en charge des patients souffrant de pathologies chroniques, sévères et invalidantes, objets d'une stigmatisation sociale importante et exposant les infirmiers à un taux élevé d'épuisement professionnel. Étudier les déterminants de la QVT chez les infirmiers en psychiatrie constitue donc un objectif important pour mettre en place des actions permettant de renforcer le bien-être psychologique au travail, de diminuer le *turn-over* et d'améliorer la qualité des soins.

Concrètement, ce PHRIP, retenu par la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) en 2013, débutera fin 2014, et inclura 400 infirmiers de 7 centres hospitaliers (CHRU de Tours, CHS d'Allonnes, CHS de Bourges, CHIC de Château-Renault, CH de Sainte-Anne, CESAME de St-Gemmes sur Loire, CHS des Fleury-les-Aubrais). Ces soignants seront invités à remplir un même questionnaire deux fois à un an d'intervalle. L'équipe de recherche souhaite que l'analyse des résultats ouvre de nouvelles pistes de réflexion sur les pratiques organisationnelles et managériales favorisant la QVT.

1- Tzeng, H. M. (2002). The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit : an empirical investigation in Taiwan. International Journal of Nursing Studies, 39(8), 867-878.

■ Déterminants individuels, organisationnels et managériaux de la qualité de vie au travail des infirmiers en psychiatrie et retentissement sur la qualité des soins. PHRIP, 2013. En savoir plus auprès de Pierre Cheyroux, p.cheyroux@chu-tours.fr

Le CH Esquirol gère le long cours

Grâce à une stratégie de suivi et de prise en charge des patients hospitalisés au long cours, le CH Esquirol de Limoges est parvenu à trouver des solutions d'hébergement adaptées pour ces patients et à optimiser l'occupation des lits d'hospitalisation. Selon A. Pacheco, le directeur, « le travail d'un comité de suivi, qui gère chaque situation au cas par cas, a permis qu'il n'y ait plus de patients hospitalisés au long cours au CH Esquirol, en dehors des hospitalisations médico-légales. Une nouvelle dynamique d'équipe permet d'avoir un taux d'occupation de l'hôpital de 93 % (au lieu de 100 %) et une durée moyenne de séjour de 21 jours (au lieu de 29), ce qui est plus raisonnable. »

Cette gestion efficace des hospitalisations implique de développer des partenariats avec le secteur médico-social. 19 patients handicapés psychiques vieillissants, hospitalisés au long cours au CH Esquirol, ont par exemple pu intégrer récemment un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) adapté aux pathologies psychiatriques grâce à la création de structures d'hébergement dédiées en partenariat avec l'Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (87) et l'hôpital de Saint-Yrieix (87) Initiée en 2007, cette démarche s'accompagne d'une réflexion globale pour de nouvelles solutions d'hébergement adaptées à ces patients.

■ En savoir plus : www.ch-esquirol-limoges.fr

Un kit pédagogique sur les droits des usagers

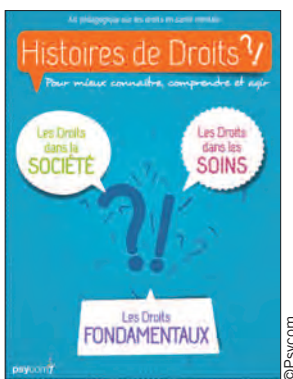
INFORMATION. Le Psycom propose « Histoires de droits », un nouvel outil gratuit pour dialoguer sur les droits en psychiatrie.

En psychiatrie, les droits des usagers sont complexes et mal connus. Les modalités de soins sans consentement, en particulier, ont besoin d'être accompagnées d'un important travail pédagogique auprès des patients, des proches et des professionnels. Selon une enquête menée au CH Gérard-Marchant à Toulouse (1), « la plupart des patients hospitalisés expriment ne pas connaître les changements liés à la loi, et 43 % déclarent ne pas avoir été informés des voies de recours. » Dans ce contexte, le Psycom, en partenariat avec l'agence Valorémis, a développé un kit pédagogique d'information sur les droits des usagers des services de psychiatrie, baptisé « Histoires de droits ». Depuis la conception jusqu'aux phases de test, il a été élaboré avec la participation de tous les acteurs concernés.

« Histoires de droits » s'adresse à des petits groupes (de 2 à 8 personnes) et peut être utilisé par les associations d'usagers et de proches, les soignants et les professionnels de l'accompagnement (travailleurs sociaux, juristes, tuteurs...), ou encore dans le cadre de formations. Le kit est composé de 18 fiches-questions, qui chacune s'appuie sur de courts récits pour questionner le groupe. Les 18 thèmes ont été identifiés par les personnes de terrain auditionnées en amont. Les questions évoquent des cas concrets dans trois domaines : droits fondamentaux, droits dans la société et droits dans le soin. Elles invitent les participants à approfondir leurs connaissances, à réfléchir à des situations ambivalentes et à des pistes d'actions pour améliorer ou renforcer le respect des droits. Il n'est pas nécessaire d'être un expert de la question pour jouer ou animer ce kit pédagogique. Les sujets abordés invitent au débat et à la construction de réponses à plusieurs. Une clé USB contenant des informations sourcées permet d'imprimer ou de consulter des contenus pour en savoir plus. Enfin, chaque participant garde une « fiche mémo » listant ce qu'il a appris, ce qu'il souhaite mieux comprendre ou les démarches qu'il aimerait réaliser. Cette fiche comporte une liste de structures et numéros utiles pour aider dans ces démarches.

1 – Enquête Loi du 5 juillet 2011, qu'en pensent les usagers. CH Gérard-Marchant, www.ch-marchant.fr

■ Kit pédagogique sur les droits des usagers en psychiatrie, Psycom-Valorémis. Gratuit (frais de port, disponible sur le territoire national). Développé avec le soutien du Ministère de la Santé et des Affaires sociales. Contact : Sophie Arfeuillère, chargée de mission formation, s.arfeuillere@psycom.org. Plus d'infos sur www.psycom.org



PHRIP 2014

50 projets ont été retenus dans le cadre de la présélection des Programmes hospitaliers de recherche infirmière et paramédicale 2014 de la Direction générale de l'offre de soins. Relevons parmi eux :

- évaluation de l'adjonction d'un entretien infirmier semi-directif à la stimulation magnétique transcrânienne répétée dans les prises en charge de patients avec un épisode dépressif majeur (CH Guillaume-Régner);
- le sujet obèse et son image corporelle (CHRU Tours);
- éducation thérapeutique et effets procognitifs, le programme Modem : entre équilibre alimentaire et plaisir : étude biocentrique sur la schizophrénie (CH Sainte-Anne);
- validation des tests d'évaluation écologique des fonctions exécutives chez des patients souffrant de schizophrénie (AP-HP);
- entraînement cognitif assisté par ordinateur chez des enfants avec un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (AP-HP);
- étude randomisée d'un suivi ambulatoire infirmier dans le cadre de la prévention de la récurrence suicidaire (CHU Montpellier).

■ www.sante.gouv.fr

L'URGENCE PSY EN QUESTION

Dans la *Revue de droit sanitaire et social*.

S. Théron dresse un état des lieux de la prise en charge psychiatrique dans l'urgence. Elle constate que nombre d'urgences résultent d'« un délaissement préjudiciable des structures ambulatoires », lié à un « défaut de lisibilité » dû à la complexité du système. La conséquence de cette orientation est la disparité et l'inégalité dans le traitement du patient.

■ *Les urgences psychiatriques en établissement. RDSS, n° 4, juillet-août 2014.*

CANARD DE PSYCHANALYSE

Comment c'est qu'on ment ? est un canard de psychanalyse édité sous la forme d'un blog, un des lieux d'expression de l'association « Dimensions de la psychanalyse ». Il publie des écrits à propos de littérature, d'expos, de films, de rencontres, d'événements, de politique... un champ mettant en tension culture et psychanalyse.

■ <http://canardosatwordpress.wordpress.com>

Comment reconvertir une structure sanitaire

L'accompagnement proposé aux personnes souffrant de troubles psychiques doit tenir compte des particularités de leur situation (impossibilité d'exprimer une demande d'accompagnement, importance de prendre en compte les relations avec l'entourage familial et de voisinage, évolution de leur situation...). Le soutien à leur apporter mobilise alors de nombreux acteurs à la fois sanitaires et sociaux. Pour mettre en évidence les dynamiques d'adaptation visant à développer ces prises en charge et accompagnements multiples, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (Anap) publie un retour d'expériences sur les créations ou reconversions d'établissements sanitaires en structures médico-sociales.

À partir de l'analyse de douze reconversions (présentées chacune séparément), l'Anap dégage des enseignements convergents et des éléments de méthode qui pourraient contribuer à la réussite des nombreux projets de coopération ou d'adaptation en cours ou à venir. Il ressort surtout de ces analyses que les reconversions, qui doivent être replacées au cœur d'une réflexion stratégique globale, améliorent incontestablement l'accompagnement des personnes et qu'il existe plusieurs éléments qui facilitent la réalisation de ces opérations.

■ *L'accompagnement médico-social des personnes adultes handicapées psychiques. Retours d'expérience de reconversions ou de créations. Anap, septembre 2014, à télécharger gratuitement sur www.anap.fr, onglet Publications et outils*

PROTOCOLES DE COOPÉRATION ENTRE PROFESSION DE SANTÉ

Un peu plus de deux ans après la mise en place de protocoles de coopération entre professionnels de santé permettant à des soignants volontaires d'organiser des délégations d'actes ou d'activités à travers des protocoles validés par les Agences régionales de santé, la Haute autorité de santé (HAS) dresse un bilan. Sur 57 dossiers traités ou en instruction fin 2013, 29 concernaient le premier recours et 28 des actes ou activités hospitalières. Notons encore que 34 correspondent à la réalisation de consultations par l'IDE. La HAS constate une qualité très variable des protocoles qui sont globalement « *peu reproductibles* » car ils résultent souvent d'un historique propre au lieu émetteur. Dans ce contexte, la HAS suggère (entre autres) de faire évoluer le dispositif « *vers des protocoles qui auraient d'emblée une vocation nationale et contribueraient à une évolution des métiers et/ou des organisations des soins.* »

■ En savoir plus : www.has-sante.fr

UNE CHAIRE EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Cocréée par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et la *Paris School Economics (PSE)*, Hospinomics est une chaire en économie de la santé centrée sur l'innovation à l'hôpital. Elle mobilise les compétences des économistes au service d'une prise de décision éclairée et contribue à développer l'évaluation et l'expérimentation.

■ En savoir plus www.hospinomics.eu

JEUNES ET ADDICTIONS

Destiné aux professionnels, le manuel PAACT (Processus d'accompagnement et d'alliance changement thérapeutique) est un outil d'aide pour la prise en charge des pratiques addictives chez les jeunes consommateurs.

■ Manuel PAACT, Fédération Addiction, 104 pages, gratuit sur www.federationaddiction.fr

SUR GRAND ÉCRAN

Cet automne, le cinéma fait la part belle à la santé. Parmi les films de la rentrée, mention spéciale pour *Mommy*, de Xavier Dolan qui raconte le quotidien chaotique d'une veuve et de son fils, adolescent hyperactif et violent, et *Flore*, de Jean-Albert Lièvre qui évoque avec finesse la maladie d'Alzheimer.

L'information pharmaceutique à l'hôpital

MÉDICAMENTS. La pharmacie de l'EPSM de Caen a mis en place une véritable politique d'information pour les soignants.



© Stocklib.

La thérapeutique médicamenteuse est en constante évolution et les professionnels de santé doivent donc disposer d'une information actualisée de qualité. Cette information sur le bon usage du médicament est une des missions du pharmacien hospitalier (Code de la Santé publique). Au sein de la Pharmacie à usage intérieur (PUI) de l'EPSM de Caen, cette information constitue une activité impor-

tante qui se traduit en particulier par la mise au point de supports de communication. Les destinataires sont prioritairement les professionnels de santé de l'établissement mais certains documents sont transmis aux pharmaciens hospitaliers et officinaux de la région ou partagés plus largement via des sites professionnels (1). Les pharmaciens ont également participé à l'élaboration de fiches d'information sur les psychotropes destinées aux patients de l'établissement.

Plusieurs supports d'information sont donc proposés aux professionnels :

• Deux bulletins d'information :

– l'un médico-pharmaceutique, la *Lettre de votre Apothicaire*, (4 pages, 2 à 4 numéros/an) sur des prises en charge médicamenteuses ou thérapeutiques (synthèses bibliographiques, conduites à tenir, observations de pharmacovigilance...).

– le second intitulé *Info-Soignants* (2 pages recto verso) a pour objectif de contribuer à la formation continue des infirmiers (nouveaux antipsychotiques présentés, diffusion de protocoles de surveillance, rappels réglementaires concernant les stupéfiants...).

• Chaque année, *Quoi de neuf en... ?* compile les informations sur les nouveautés médicamenteuses. Ce document est découpé en chapitres traitant des nouveaux principes actifs, changements d'indications et de posologie, nouvelles formes, nouveaux dosages, nouvelles associations, arrêts de commercialisation... Un chapitre consacré aux nouveautés en pharmacovigilance est confié à un pharmacien du Centre régional de pharmacovigilance.

• Le *Livret du Médicament* est conçu comme la liste des médicaments disponibles sur l'établissement. Classé par famille, il associe de nombreuses recommandations/protocoles de prescriptions (médicaments déconseillés chez la personne âgée), des tableaux d'équivalence et des conseils de bon usage aux infirmiers (logo devant les médicaments à ne pas écraser, durée de conservation des collyres ou solutions buvables...).

• D'autres guides d'aide à la prescription et/ou à l'utilisation des produits de santé sont disponibles, par exemple un *Guide de choix et de bon usage des pansements* pour les plaies chroniques ou un *Livret des dispositifs médicaux*. Dans le domaine des médicaments psychotropes, et dans l'objectif de contribuer à la formation continue des infirmiers, un guide synthétique a été conçu en ciblant, pour les médicaments utilisés pour chaque famille médicamenteuse, le rôle infirmier en termes d'information du patient, d'aide à l'observance et de surveillance pharmacothérapeutique.

• Des fiches de bon usage sont également remises au moment de la dispensation de médicaments ou de dispositifs médicaux peu prescrits en psychiatrie (anticancéreux, anticoagulants, aérosols...).

• Enfin, certains travaux ou projets font l'objet de communications sous forme de posters dans des congrès et sont ensuite exposés au niveau de l'accueil infirmier de la pharmacie.

1– Sites de l'ADIPH, Association pour le Développement de l'Internet en Pharmacie, www.adiph.org, ou du Réseau PIC Psychiatrie Information Communication, www.reseau-pic.info

■ C. Roberge, C. Gabriel-Bordenave, V. Auclair, M. Colombe, pharmaciens. En savoir plus : www.epsm-caen.fr, pharma.labo@epsm-caen.fr

PARAMÉDICAL ET ASSURANCE

Exercez sereinement votre métier !

3 questions à Sophie Charles,
infirmière hospitalière

Parce que les métiers paramédicaux sont soumis à des risques professionnels bien spécifiques, la GMF a conçu spécialement pour les agents des services publics un produit offrant des garanties étudiées.

Avez-vous des inquiétudes lorsque vous exercez votre métier ?

Jusqu'à présent, je me suis toujours efforcée de ne pas trop y penser d'autant plus que je n'ai jamais eu de problèmes. Cela dit, le métier d'infirmier comporte un certain nombre de risques... En cas de mise en cause dans l'exercice de mes fonctions, l'hôpital pour lequel je travaille me défendrait... Mais on n'est jamais trop prudent ! Il peut arriver que mes intérêts divergent de ceux de mon employeur... C'est pourquoi j'ai souscrit le contrat Assurance Personnelle des Infirmiers.

Quels sont, à vos yeux, les avantages du contrat GMF «Assurance Personnelle des Infirmiers» ?

Si ma responsabilité personnelle est engagée suite à une erreur ou une faute personnelle détachable du service, j'ai accès à un avocat dans le meilleurs délais. Cette couverture s'exerce aussi en dehors de mon lieu de travail, par exemple si je fais l'objet de poursuites après avoir porté secours à une personne dans la rue...

**Pour 59 €⁽¹⁾
par an !**

Il n'est pas si rare de devoir intervenir dans l'urgence... Je suis également couverte pour les activités de formation qu'il m'arrive d'avoir à titre bénévole, en dehors de l'hôpital.

Contrat GMF

«Assurance Personnelle des Infirmiers⁽²⁾»

Une protection à la hauteur des risques encourus

L'Assurance Personnelle des Infirmiers s'adresse aux agents des services publics, c'est-à-dire aux fonctionnaires hospitaliers, aux salariés des établissements privés participant au service public hospitalier et aux salariés d'associations : auxiliaires médicaux (infirmiers, professions paramédicales telles que puéricultrices, podologues...), et aides-soignants (auxiliaire de vie sociale, conducteur ambulancier...).

Ce contrat conforte leur protection personnelle dans l'exercice de leur métier grâce à des plafonds de garantie appropriés :

- responsabilité civile professionnelle : jusqu'à 3 millions d'euros garantis par sinistre
- défense pénale et recours, protection juridique (assistance juridique, paiement des honoraires d'avocat)
- garanties accidents corporels (décès, invalidité, frais de soins).

Ce contrat a-t-il changé quelque chose dans la pratique de votre profession ?

J'exerce plus sereinement mon métier ! De plus, l'Assurance Personnelle des Infirmiers comporte des prestations d'assistance bien utiles, notamment un accompagnement psychologique en cas de traumatisme survenu dans le cadre professionnel.

Pour en savoir plus sur ce contrat GMF : appelez le 0 970 824 970 (n° non surtaxé) ou connectez-vous sur www.gmf.fr



(1) Tarif au 01/04/2014

(2) Assurance Personnelle des Infirmiers et autres professions paramédicales, des aides-soignants et des professions à caractère social

Soins sans consentement :

Alors que les derniers articles de la loi sur les soins sans consentement en psychiatrie sont entrés en vigueur le 1^{er} septembre, le Groupe information asiles (GIA) (1) dénonce une pseudo-judiciarisation de l'hospitalisation sous contrainte.

Septembre noir pour les psychiatisés ? Depuis le 1^{er} septembre est entrée pleinement en application la Loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. S'il est trop tôt pour en faire le bilan, nous pouvons cependant tirer quelques enseignements des évolutions récentes pour les usagers.

LA NOUVELLE LOI

Rappelons quelques dates et faits :

- **2 décembre 2008** : discours sécuritaire de Nicolas Sarkozy à l'hôpital psychiatrique Érasme d'Antony, qui sera suivi d'effets dans beaucoup d'établissements : vidéo-surveillance, perfectionnement des systèmes de verrouillage des portes, augmentation du nombre de chambres d'isolement et de places en Unités pour malades difficiles (UMD)...
- **5 juillet 2011** : loi facilitant l'admission en soins sans consentement et durcissant les conditions de sortie de celle-ci... avec toutefois l'introduction d'une intervention automatique du juge des libertés et de la détention (JLD) devant statuer sur le bien-fondé du maintien en soins sans consentement avant la fin du quinzième jour d'hospitalisation sans consentement.

Nicole MAILLARD-DÉCHENANS

Membre du Groupe information asiles (GIA),
www.groupeinfoasiles.org

- **27 septembre 2013** : nouvelle loi remplaçant la précédente et dont la plupart des nouveautés voient leur application différée au 1^{er} septembre 2014 (2).

Les principales modifications peuvent se résumer ainsi :

- **Le JLD doit statuer avant l'expiration du douzième jour** (au lieu du quinzième), le délai de première saisine obligatoire étant désormais précisé à 8 jours à compter de l'admission du patient.

- **Un seul certificat médical à remettre au JLD** avant audience reste exigé au lieu de deux. Par ailleurs, le certificat au huitième jour est supprimé, vu que le JLD sera saisi plus tôt qu'avant.

- **L'assistance par un avocat** devient obligatoire.

- Alors que jusqu'à présent, les deux tiers des audiences se tenaient au Tribunal de grande instance (TGI), **les audiences foraines à l'hôpital** où réside le malade en hospitalisation sans consentement deviennent la règle en première instance. Ces audiences hors tribunal ont désormais le statut juridique d'audiences délocalisées, des salles *ad hoc* devant être aménagées. Toutefois, une salle pourra servir pour plusieurs hôpitaux. En seconde instance, les audiences ont lieu à la Cour d'Appel. Les audiences par visioconférence sont par ailleurs supprimées.

- **La possibilité de sortie non accompagnée** est rétablie sans qu'elle interrompe le statut d'hospitalisation complète sans consentement en cours. Une telle sortie ne pourra excéder une durée de 48 heures.

- **Aucune mesure de contrainte** ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge **sous la forme d'un programme de soins**, c'est-à-dire sous une forme ambulatoire.

- **Les UMD** perdent tout statut légal particulier, sans être pour autant supprimées. Pour y entrer ou en sortir, c'est le droit commun aux soins sans consentement qui s'applique.

- **Les irresponsables pénaux** font l'objet d'un régime légal particulier seulement s'ils ont commis des atteintes aux personnes entraînant une peine d'au moins cinq ans d'emprisonnement ou des atteintes aux biens entraînant une peine d'au moins dix ans d'emprisonnement.

- **Les parlementaires ont le droit de visiter** à tout moment un service psychiatrique fermé (comme ils peuvent déjà visiter une prison ou un centre de rétention).

L'INTERVENTION DU JLD

En 2012, on dénombre 54 382 saisines du juge des libertés et de la détention (JLD) et 64 713 en 2013 (3). Les saisines (voir lexique) concernant les hospitalisations sans consentement (HSC) (la quasi-totalité) ont abouti à des mainlevées dans 8 à 9 % des cas lors des saisines automatiques et plus ou moins 20 % des cas lors des saisines à la demande. Quelques saisines concernaient un programme de soins (402 en 2012 et 569 en 2013) : dans ce contexte, 16 % en 2012 et 13,5 % en 2013 ont abouti à une mainlevée du programme de soins.

Les mainlevées ne sont donc pas négligeables, mais peut-on s'en satisfaire ? En effet, comment interpréter ces décisions quand les statistiques n'en mentionnent pas les motifs ? Il faudrait pouvoir lire le libellé complet de chaque ordonnance de mainlevée. Notons cependant que d'une part, les JLD, depuis le 1^{er} janvier 2013, ont pris le relais des juges administratifs en matière de compétence sur

une pseudo-judiciarisation ?

une éventuelle irrégularité formelle de l'HSC, et que, d'autre part, l'expérience des adhérents du Groupe information asiles (GIA) montre qu'une ordonnance de mainlevée d'HSC peut tout à fait présenter un argumentaire élogieux des « *bons soins psychiatriques* ». Dès lors comment attaquer ensuite sur le fond ? Même en appel, le président de la Cour n'hésite pas parfois à en « *remettre une couche* » dans le même sens, comme s'il

(CGLPL) (4) dans son rapport 2013.

Au regard des droits de l'Homme, une telle interprétation du rôle du juge est insatisfaisante puisqu'elle cautionne le fait qu'une garde à vue de 12 jours est de toute façon légitime si elle est motivée par des raisons prétendument psychiatriques ! Cette judiciarisation est aussi très partielle pour une autre raison : la loi du 27 septembre 2013 continue de faire la part belle aux médecins qui gardent le pouvoir,

de leurs représentants légaux qui souhaitent leur admission en soins psychiatriques. Leur hospitalisation n'est pas alors considérée comme une HSC et ne peut donc faire l'objet d'aucun recours, même si le mineur s'y oppose farouchement !

• Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (ASPDRE)

La loi mentionne trois cas possibles :
– ou bien il s'agit de personnes « *dont les troubles mentaux nécessitent des soins et*

“ Pourquoi la justice, avec la bénédiction d'associations, de syndicats et, un comble, du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, continue-t-elle à stigmatiser les prétendus “fous”, en les traitant à part, comme s'il y avait une honte à avoir (peut-être !), une maladie mentale ? »

s'agissait de dissuader la personne enfin libérée d'engager sur le fond une procédure contre l'HSC. Y a-t-il seulement un JLD qui oserait prendre une décision de mainlevée sur le fond contraire à un avis médical ? Au mieux, il demandera une expertise et s'y conformera... Les décisions des JLD ne devraient donc pas beaucoup varier maintenant que le délai dans lequel ils doivent statuer est raccourci à 12 jours...

ÉBAUCHE RATÉE

Cette intervention du JLD n'est-elle pas finalement qu'une ébauche ratée, une pseudo-judiciarisation de l'internement psychiatrique, un faux-semblant ? L'apparente judiciarisation des HSC apportée par la nouvelle loi reste en effet partielle puisqu'elle consiste finalement en une simple procédure, qui plus est tardive, de contrôle des mesures. « *Le temps a (...) aidé les magistrats, au fil des audiences, à mieux apprécier leur rôle, qui est celui de savoir, non pas si l'admission aux soins sans consentement est justifiée ou non, mais si la motivation qui justifie la poursuite de soins sans consentement est suffisante et appropriée* », écrit le Contrôleur général des lieux privatifs de liberté

comme on peut le repérer dans les formulations de ces « nouveaux » articles du Code de santé publique (CSP).

• Admission en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (ASPDDE)

– D'une part, il s'agit des variantes d'admission en soins psychiatriques « *à la demande d'un tiers* » : le directeur d'établissement vérifie si les conditions formelles sont réunies et prend la décision. Soulignons la possibilité pour un directeur de décider d'enfermer une personne à la demande d'un tiers, sur certificat médical unique d'un médecin exerçant dans l'établissement en « *cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* » (CSP L. 3212-3).

– D'autre part, il s'agit de l'admission en soins psychiatriques « *en cas de péril imminent pour la santé du patient* » : le directeur prend la décision, sans demande d'un tiers, au seul vu d'un certificat médical unique établi par un médecin hors établissement (CSP L. 3212-1-II-2° et L. 3212-9-2°-2° §). Remarquons l'ambiguïté de l'adjectif « *imminent* ».

Précisons que les mineurs (CSP L. 3211-10) sont entièrement soumis au bon vouloir

compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (CSP L. 3213-1-I) ; la décision du préfet est prise « *au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil* » (*ibidem*). Cette dernière formulation, déjà présente dans la loi du 5 juillet 2011, reste ambiguë : en effet, elle laisse entendre qu'un médecin non-psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil est habilité à un tel certificat lourd de conséquences...

– ou bien il s'agit de « *personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes* » avec « *danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical* » (CSP L. 3213-2) ; remarquons là encore l'adjectif ambigu « *imminent* »...

– ou bien la personne, dans le cadre du premier alinéa de l'article 122-1 du Code Pénal et de l'article 706-135 du Code de Procédure Pénale, « *nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public* » (CSP L. 3212-9-2°-3° §, L. 3213-6, L. 3213-7).

Ces trois variantes peuvent concerner des mineurs.

LA TOUTE-PUISSANCE DU PSYCHIATRE

Le maintien de la toute-puissance médicale est également manifeste dans les réserves explicitement formulées en maints articles concernant l'état du « patient ». Par exemple :

- « Dans la mesure où son état le permet » (CSP L. 3211-3, 2° §), « de manière appropriée à son état » (CSP L. 3211-3, fin 2° § et 3° § a), « aussitôt que son état le permet » (CSP L. 3211-3, 4° §), « dans toute la mesure du possible » (CSP L. 3211-3, 2° §), passages concernant l'information du « patient » sur sa situation juridique, ses droits et le recueil de ses observations et de son avis sur les modalités de soin ;
- « Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition » (CSP L. 3211-12-2-I, 2° §), passage concernant l'absence non décidée par lui-même du « patient » à l'audience le concernant ;
- « Si l'état de la personne (...) le permet » (CSP L. 3213-7, 3° §), passage concernant l'information du « patient » par les autorités judiciaires de la mesure d'HSC prise à son encontre.

Un autre pouvoir accordé aux psychiatres reste inscrit en maints passages de la loi du 27 septembre 2013. Il s'agit de la possibilité de rédiger des certificats ou des avis médicaux sur la base seule du dossier médical, sans examiner le « patient » (par exemple CSP L. 3211-11 dernière phrase ; L. 3212-7, fin du premier § ; L. 3212-9, dernier § ; L. 3213-3-I, fin du premier § ; L. 3213-6).

TARTUFFE EN AUDIENCE DÉLOCALISÉE

L'avenir immédiat nous apparaît d'autant plus sombre que les audiences délocalisées en première instance auront lieu au sein d'établissements souvent éloignés et aux nombreux contrôles internes dissuasifs, ce qui rendra quasi-systématique le huis clos, sinon par décision explicite du juge (la loi l'y autorise), du moins dans les faits.

« Couvrez ce sein que je ne saurais voir : par de pareils objets les âmes sont blessées... » : l'esprit de cette « nouvelle » loi est bien rendu selon nous dans cette célèbre réplique de Tartuffe (5), qu'on pourrait ainsi parodier : « Couvrez ces hospitalisés que le monde ne saurait voir... ». Une sociologue qui a étudié des audiences foraines en deux hôpitaux différents en

Les chiffres noirs des soins sous contrainte

Les statistiques accessibles en matière de soins sous contrainte (2) n'ont rien de réjouissant : en six ans, de 2006 à 2012, le nombre de personnes ayant été hospitalisées sans consentement (HSC) a augmenté de 32 % et la durée moyenne annuelle de journées cumulées d'enfermement, en un ou plusieurs séjours, a augmenté de 4,5 %.

– En 2006, 56 104 personnes ont fait l'objet d'une ou plusieurs HSC toutes catégories confondues, en 2012, 74 034... soit près de 18 000 de plus ! En nombre d'entrées (ou de séjours), l'écart est presque le double, allant de 52 744 en 2006 à 101 457 en 2012, une même personne pouvant faire plusieurs séjours en HSC dans l'année. Le nombre total de journées passées en HSC en 2006 était de 2 493 600, il est passé à 3 439 100 en 2012.

– Si l'on compare le nombre total de journées avec le nombre de séjours (ou d'entrées), la durée moyenne de séjour était de 37 journées en 2006 et de 34 journées en 2012. Si l'on compare le nombre total de journées avec le nombre de patients, alors, la différence est inversée : 44 jours en 2006, 46 jours en 2012.

N. M.-D.

juillet 2013 témoigne de la dérive à laquelle peut conduire une telle pratique (6). Elle relève que le JLD a adopté systématiquement le huis clos pour empêcher que les malades ne viennent assister aux audiences pour, selon lui, « se divertir » ! Huis clos toutefois bien élastique, car il tolère la présence de soignants et leurs interventions, même intempestives, et paraît franchement ravi qu'un psychiatre non seulement soit présent, mais prenne la parole aux audiences... en l'absence de tout avocat !

Le simple fait que la présence de ce dernier soit désormais obligatoire ne changera pas grand-chose. L'avocat commis d'office n'aura ni la possibilité d'enquêter sur le contexte de l'hospitalisation, ni celle de s'entretenir suffisamment avec la personne hospitalisée, ni même celle de lire chaque dossier attentivement pour vérifier si au moins la forme procédurale a été effectivement respectée.

Une judiciarisation véritable de l'internement psychiatrique exigerait une enquête précise sur les circonstances du prétendu comportement nécessitant une hospitalisation sans consentement. À très courte échéance (pas au-delà de 72 heures passées sans traitement chimique imposé), l'audience devrait permettre un débat contradictoire public, avec audition de la personne concernée et de son entourage familial, mais aussi amical, professionnel et/ou militant, de son voisinage et pas seulement du tiers demandeur.

Le 14 juin 2014, des « usagers » de la psychiatrie ont courageusement organisé la première « mad-pride » en France, à Paris, sous forme d'un cortège teinté de carnaval, pour déstigmatiser la folie. Alors pourquoi la justice, avec la bénédiction d'associations, de syndicats et, un comble, du CGLPL, continue-t-elle à stigmatiser

les prétendus « fous » en les traitant à part, comme s'il y avait une honte à avoir (peut-être !), une maladie mentale ? Le GIA qui a toujours soutenu la position d'audiences publiques et non délocalisées en établissement psychiatrique continuera à combattre ce qui est non seulement une stigmatisation, mais aussi une discrimination.

1– Le GIA est une association de lutte pour les droits et la dignité des personnes psychiatriques ou l'ayant été.

2– Signalons également le décret 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soin psychiatriques sans consentement et la circulaire du 18 août 2014 relative à ce décret qui précisent les modalités d'application de ces nouveaux textes.

3– D'après les chiffres du Rapport 2013 du Contrôleur général des lieux privatifs de liberté (Ed. Dalloz, 2014. p. 333-335) et ceux diffusés en mars 2014 par le ministère de la Justice, Direction des Affaires civiles et du Sceau (DACS) et du Pôle d'évaluation de la justice civile (PEJC).

4– Op. cit. p. 84.

5– Le Tartuffe ou L'imposteur (1664), Molière, Garnier-Flammarion, 2008.

6– Marguerite Chadi, Une folle judiciarisation ? Une approche socio-historique du contrôle judiciaire des hospitalisations contraintes en psychiatrie, juin 2014, master de recherche, Paris VII-Diderot, UFR Sciences sociales, CSHRP. Ce mémoire est accessible sur le site du GIA (groupeinfoasiles.org).

LEXIQUE

Saisine automatique. Le juge est saisi de façon obligatoire à délai précis fixé par la loi.

Saisine à la demande. Toute personne concernée par la mesure (patient, proche...) peut saisir le juge à tout moment.

Mainlevée. Acte juridique par lequel il est mis fin à une situation.

OCTOBRE 2014

15 OCTOBRE

LYON

Acteurs, réseau et articulation de la prise en charge de la douleur en psychiatrie

Journée organisée par le Centre régional de traitement et d'évaluation de la douleur en psychiatrie

■ Rens. : tél. : 04 37 30 10 76, <http://sjd.arhm.fr/>

15 OCTOBRE

LILLE

Médecine générale et psychiatrie

Demi-journée de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale (F2RSM) du Nord Pas de Calais

■ Rens. : Tél. : 03 20 44 10 34, www.santementale5962.com

16 ET 17 OCTOBRE

MONTPELLIER

Thérapies innovantes en psychopathologie du développement

Journées régionales de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent à l'initiative de l'Association de Formation et de Recherche sur l'Enfant et son Environnement (AFREE)

■ Rens. : tél. : 04 67 56 09 27, afree@afree.asso.fr, www.afree.asso.fr

16 ET 17 OCTOBRE

PARIS

La folie entre administration et justice

L'institution psychiatrique au prisme du droit
Colloque à l'initiative de l'Université Panthéon-Assas Paris II, le Centre d'Études et de Recherches de Sciences Administratives et Politiques (CERSA) et le CNRS

■ Rens. : contact@cersa-cnrs.fr, www.cersa-cnrs.fr

16 ET 17 OCTOBRE

PARIS

Émotions et travail : quels apports des sciences sociales ?

Colloque international coorganisé par DIM-Gestes (Groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail), le CNAM et les Universités Paris Nord, Paris-3, Paris-8

■ Rens. : despratdiane@yahoo.fr, albenat.cholakovat@creppa-cnrs.fr, www.gtm-cnrs.fr

17 OCTOBRE

PARIS

Quels outils de gestion pour quels comportements ?

2^e Journée des innovations managériales à l'hôpital, à l'initiative de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP)

■ Rens. : tél. : 02 99 02 22 00, fax : 02 99 02 26 25, candidaturefc@ehesp.fr, www.ehesp.fr ou www.formation-continue.ehesp.fr

17 OCTOBRE

BRUXELLES

Rencontre avec Martine Lamour

Dans le cadre des Journées de la psychothérapie institutionnelle, à l'initiative du Séminaire de thérapie institutionnelle du Méridien et de l'Association des Services de Psychiatrie et de Santé Mentale de l'Université Catholique de Louvain (APSY-UCL)

■ Rens. : Mmes Jamar et Plaza, secretariat@ssmlemeridien.be, www.apsyucl.be

18 ET 19 OCTOBRE

PARIS

Sexologie en tous genres

15^e Journées-rencontres de l'Association des Sexologues Cliniciens et Francophones (ASCLIF)

■ Rens. : CISP – Centre Maurice Ravel, tél. : 01 43 58 96 00, asclif@free.fr, <http://asclif.free.fr>

21 ET 22 OCTOBRE

PARIS

Vulnérabilité : l'empathie, pour une éthique relationnelle

Journées de réflexion et d'échanges organisées par l'institut de formation M&R en collaboration avec Michel Billé et l'Association européenne pour la Validation™ (EVA)

■ Rens. : tél. : 03 26 87 20 88, institut.metr.secretariat@orange.fr, www.vfvalidation.fr

22 OCTOBRE

SAINT-ÉTIENNE

Management et bien-être au travail

Colloque à l'initiative de l'Hôpital du Gier et l'Hôpital Maurice-André
■ Rens. : Annie Debard, tél. : 06 09 72 88 49 ou 04 77 02 84 71, colloque@hopital-saint-galmier.fr ou annie.debard@yahoo.fr

DU 28 AU 31 OCTOBRE

FORT DE FRANCE (MARTINIQUE)

Le suicide est-il un traumatisme héréditaire ?

Rôle de l'environnement, du biologique et du trauma

Congrès du Groupement d'Études et de Prévention du Suicide (GEPS)

■ Rens. : 0 596 59 25 72, geps2014@gmail.com, www.geps.asso.fr

31 OCTOBRE

LAUSANNE (SUISSE)

Accompagner le deuil

Journée à l'initiative de la Société d'études thanatologiques (Set)

■ Rens. : info@penserlamort.ch, www.penserlamort.ch

www.santementale.fr

Rubrique en accès libre

NOVEMBRE 2014

3 ET 4 NOVEMBRE

LYON

Partageons nos expériences

Accompagner les personnes malades ou invalidées et leurs proches aidants

1^{res} rencontres francophones sur le répit organisées par la Fondation France Répit

■ Rens. : Henri de Rohan-Chabot, tél. : 06 07 42 82 91, henri.derochanchabot@france-repit.fr, www.rencontres-repit.fr

DU 5 AU 7 NOVEMBRE

PARIS

Salon infirmier

Organisé par l'Infirmière Magazine

■ Rens. : Pamela Neyt, tél. : 01 76 21 92 77, pamela.neyt@initiativessante.fr, www.saloninfirmier.fr

6 ET 7 NOVEMBRE

PARIS

Ces enfants en mal de liens, confiés...

Comment les accompagner en action médico-sociale précoce ? La place de leurs parents et la cohérence entre les différents intervenants...

30^e Journées d'études de l'Association Nationale des Équipes Contribuant à l'Action Médico-Sociale Précoce (ANECAMSP)

■ Rens. : tél. : 01 43 42 09 10, fax : 01 43 44 73 11, contact@anecamsp.org, www.anecamsp.org

7 NOVEMBRE

PARIS

S'étonner pour apprendre

Journée de réflexion et d'échanges autour du 200^e numéro d'Éducation permanente en partenariat avec le CNAM

■ Rens. : fax : 01 58 50 05 22, educperm@wanadoo.fr, www.education-permanente.fr

7 NOVEMBRE

PARIS

Garder l'équilibre tout au long de sa vie

Journée européenne de la dépression à l'initiative de l'Association France-Dépression

■ Rens. : www.france-depression.org

DU 10 AU 12 NOVEMBRE

MONTREAL (CANADA)

Santé mentale et monde contemporain

Vivre de nouvelles solidarités

17^e colloque de l'Association Québécoise pour la Réadaptation Psychosociale (AQRP)

■ Rens. : colloque@aqrp-sm.org, www.aqrp-sm.org

12 ET 13 NOVEMBRE

GENÈVE (SUISSE)

Addictions et société

Quels regards, quels enjeux ?

Colloque scientifique à l'initiative du Groupement Romand d'Études des Addiction (GREAA)

■ Rens. : www.grea.ch

13 ET 14 NOVEMBRE

PARIS

Approches non-médicamenteuses de la maladie d'Alzheimer

Prendre soin et milieux de vie

Nutrition et restauration

7^e colloque de formation professionnelle à l'initiative d'Agevillage-pro, de l'Institut de formation Gineste-Marescotti, de Silver

économie, et du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé

■ Rens. : tél. : 01 42 46 65 00, fax : 01 42 46 07 60, contact@igm-formation.net, www.igm-formation.net ou www.agevillagepro.com

14 NOVEMBRE

LYON

Au risque de la rencontre

Quand la démence s'en-mêle :

entre difficulté et créativité

4^e colloque de Géronto-Psy-Développement

■ Rens. : geronto.psy@ch-le-vinatier.fr

14 ET 15 NOVEMBRE

DIJON

Corps et narcissisme

12^e Congrès National à l'initiative de Corps et Psyché

■ Rens. : tél. : 07 62 33 20 03, corpsetpsyche@yahoo.fr, <http://corpsetpsy.canalblog.com/>

14 ET 15 NOVEMBRE

PARIS

La raison du plus fou. Tony Lainé

Penser la psychiatrie aujourd'hui

Colloque organisé par les Céméa, Mouvement national d'éducation nouvelle

■ Rens. : sante.mentale@cemea.asso.fr, www.colloquetonylaine.fr

14 ET 15 NOVEMBRE

PARIS

Sensibilisation au psychodrame psychanalytique

Colloque du Département de Psychiatrie adulte de l'ASM-13

■ Rens. : Ingrid Favier, tél. : 01 40 77 43 18 ou 43 16, ingrid.favier@asm13.org, yann.taverne@asm13.org, www.asm13.org

15 ET 16 NOVEMBRE

PARIS

Être mère

Fantômes de maternité en psychanalyse

44^e Journées de l'École de la Cause Freudienne
■ Rens. : tél. : 01 45 49 02 68, journeesecf@gmail.com, www.journeesecf.fr ou www.etremerere.fr

DU 17 AU 19 NOVEMBRE

LA ROCHELLE

Rencontre(s) à l'adolescence

Journées à l'initiative de l'Association de Recherche Clinique sur l'Adolescence (ARCAD) et les Passagers du Temps

■ Rens. : arcadasso@gmail.com,
<http://arcad33.fr>

DU 17 AU 19 NOVEMBRE

SÈVRES

Famille(e), parentalité(e) et autres enjeux contemporains

20^e journées d'études et de formation du Réseau Pratiques Sociales

■ Rens. : secrétariat, tél. : 06 45 90 67 61, fax : 01 49 85 18 19,
pratiques_sociales@gmail.com,
www.pratiques_sociales.org

18 ET 19 NOVEMBRE

BRON

Psychiatries d'ailleurs

4^e Journées Cinéma et Psychiatrie à l'initiative du CH Le Vinatier

■ Rens. : tél. : 04 37 91 50 23,
julie.guitard@ch-le-vinatier.fr,
www.ch-le-vinatier.fr

DU 20 AU 22 NOVEMBRE

AVIGNON

**Empathie dans la relation de soin
Naissance de l'empathie et empathie autour de la naissance**

11^e Colloque International de Périnatalité de l'Association pour la Recherche et l'Information en Périnatalité (ARIP)

■ Rens. : tél. : 04 90 23 99 35,
fax : 04 90 23 51 17, arip@wanadoo.fr,
<http://arip.fr>

20 ET 21 NOVEMBRE

PARIS

16^e Rencontres Vidéo en Santé Mentale

■ Rens. : <http://danielsimonnet.wix.com>

20 ET 21 NOVEMBRE

ACIGNÉ

Psychologues en gérontologie

4^e séminaire à l'initiative de l'association Psychologie et Vieillesse

■ Rens. : tél. : 02 99 54 94 68, fax :
02 99 54 67 42,
psychologie.vieillesse@wanadoo.fr,
www.psychogronto.com

21 NOVEMBRE

PARIS

À la recherche du sens perdu

Le psychologue, entre dimension clinique et mutations institutionnelles
17^e Journée d'Etude de l'Association Nationale des Psychologues pour la Petite Enfance (ANAPSYpe)

■ Rens. : tél. : 01 45 41 40 32,
anapsype@free.fr, www.anapsype.org

21 NOVEMBRE

PARIS

Soins études en psychiatrie de l'adolescent

Colloque à l'initiative de l'Association Française de Psychiatrie

■ Rens. : tél. : 01 42 71 41 11,
contact@psychiatrie-francaise.com,
www.psychiatrie-francaise.com

21 NOVEMBRE

PARIS

Fille ou garçon : destin de l'embryon ou choix de l'enfant ?

Journée scientifique à l'initiative de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA)

■ Rens. : ndufour-secretariat.sfpeada@hotmail.fr,
www.sfpeada.fr

21 ET 22 NOVEMBRE

LYON

Les liens de travail

Enjeux psychiques contemporains

10^e journées scientifiques et 4^e journées internationales à l'initiative d'Apsylien (Association de la psychanalyse des liens)

■ Rens. : tél. : 06 87 71 84 55,
apsylien@wanadoo.fr, www.apsylien.com

21 ET 22 NOVEMBRE

PARIS

Quelles vies possibles après une trahison ?

Colloque annuel à l'initiative du Centre d'Études Cliniques des Communications Familiales (CECCOF)

■ Rens. : tél. : 01 48 05 84 33, fax :
01 48 05 84 30, colloques@ceccof.com,
www.ceccof.com

21 ET 22 NOVEMBRE

PARIS

Formez-vous à la Télémédecine !

7^e congrès européen de l'ANTEL (Association Nationale de Télémédecine)

■ Rens. : JCD Conseil, tél. : 01 58 47 77 00,
antel@jcdconseil.com,
www.congres-antel.com



OÙ EN EST

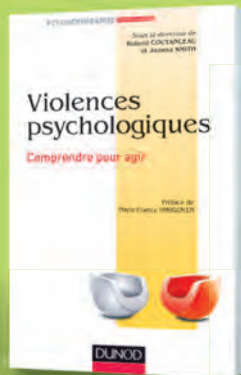
LA PROTECTION DE L'ENFANCE ?



Gérard Lopez
9782100716678 - 27 €



Marylene Cloitre, Lisa R. Cohen,
Karestan C. Koenen
9782100588220 - 38 €



Roland Coutanceau,
Joanna Smith
9782100712380 - 27 €



Ouvrage dirigé par :
Roland Coutanceau,
Joanna Smith
9782100712526 - 40 €



Ouvrage dirigé par :
Roland Coutanceau,
Joanna Smith
9782100553723 - 40.60 €

Rejoignez-nous sur : facebook.com/editionsdunod

••• Tous nos livres sur www.dunod.com



L'enfant et son psychisme

PIERRE DELION



Revenant sur son parcours aux dimensions multiples, Pierre Delion présente ici des articles illustrant les points forts de son travail de psychiatre d'enfants et d'adolescents : la psychiatrie du bébé, la prise en charge des enfants autistes, les réflexions sur les institutions, sa philosophie des soins et ses rapports avec l'éthique et le politique, et enfin l'enseignement, ouvrant plus généralement sur psychiatrie et culture.

Éd. Dunod, janvier 2014, 24 €.

La thérapie neurocognitive et comportementale

Prise en charge neurocomportementale des troubles psychologiques et psychiatriques

JACQUES FRADIN ET CAMILLE LEFRANÇOIS



S'appuyant sur des recherches pluridisciplinaires et plus de vingt-cinq ans d'expérience clinique, ce manuel présente une nouvelle forme de thérapie, inscrite dans la lignée des trois vagues de Thérapies Cognitives Comportementales : la Thérapie Neurocognitive et Comportementale (TNC). Centré sur la dimension comportementale, ce livre apporte un regard neuf sur le diagnostic et le traitement de troubles psychologiques ou psychiatriques, y compris sur certains troubles jugés incurables. Cet ouvrage intéressera les praticiens en demande d'outils pratiques dans leur quotidien professionnel (fiches diagnostics, descriptions d'exercices, de cas cliniques...).

Éd. De Boeck, mai 2014, 30 €.

L'éthique soignante

Réflexions sur les principaux enjeux du soin

PHILIPPE SVANDRA



La démarche éthique peut se concevoir comme une confrontation de réflexions. L'auteur propose son point de vue, son regard philosophique sur le soin. Il s'agit à la fois de dessiner les contours de l'éthique soignante et de tenter de déterminer la nature et les fondements de l'activité de soin. Il montre aussi les liens immémoriaux qui unissent le soin et la philosophie. Ce livre peut ainsi constituer une introduction à la réflexion éthique et philosophique pour un futur soignant ou un soignant en exercice. En réinterrogeant du dehors ce qu'il est difficile de discerner du dedans, le détour par la philosophie peut enrichir et approfondir la perspective sur le soin en plaçant les soignants dans une tension salutaire entre le concept et la réalité.

Éd. Seli Arslan, août 2014, 22 €.

Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale

SOUS LA DIRECTION DE RENÉ ROUSSILLON



Ce manuel présente la logique des processus de la vie psychique à tous les âges de la vie, de la naissance à la vieillesse. Les auteurs, issus de la pensée psychanalytique, retracent l'histoire de la réalité psychique de la subjectivité. Ils présentent ensuite les logiques, en large partie inconscientes, qui sous-tendent les formes d'expression de la psychopathologie. L'apport des neurosciences est également abordé. Une

approche projective complète cette démarche d'ensemble et fournit une méthode pour médiatiser la subjectivité propre du clinicien. Cet ouvrage pratique s'adresse à tous ceux qui sont soucieux d'une vue d'ensemble et actualisée de l'approche clinique de la vie psychique et des formes de sa pathologie. Cette deuxième édition a été enrichie des nouvelles thématiques suivantes : le travail de psychothérapie et les médiations thérapeutiques, ainsi que la psychopathologie du sujet vieillissant.

Éd. Elsevier Masson, juillet 2014, 39 €.

Soi-même, identité et styles de personnalité

GIAMPIERO ARCIERO ET GUIDO BONDOLFI



Ce livre, texte clé pour les psychiatres, les psychologues et les psychothérapeutes, ainsi que pour les étudiants, propose de fonder une approche scientifique de l'expérience subjective et de l'unicité de la personne, sans toutefois renoncer aux invariances existentielles qui permettent de cerner la continuité entre la normalité et la psychopathologie, ainsi que d'établir un dialogue et un nouveau champ de recherche avec les neurosciences. La première partie est consacrée à l'illustration des principes théoriques dans le cadre de référence de la tradition phénoménologique et herméneutique. Ces quatre premiers chapitres montrent comment le sens de soi découle des expériences à la première personne et comment l'identité narrative émerge du vécu émotionnel. Dans la deuxième partie, la description des cinq styles de personnalité est enrichie par de nombreuses vignettes cliniques et éclairée par des dimensions littéraires, psychologiques et neuroscientifiques.

Éd. Médecine & Hygiène, juin 2014, 29 €.

REÇUS À LA RÉDACTION

LE SENTIMENT DE SOI

Histoire de la perception du corps
Georges Vigarello
Éd. Seuil, septembre 2014, 21 €.

LA FIN DE L'ÉCOLE

L'ère du savoir-relation
François Durpaire et Béatrice Mabilon-Bonfils
Éd. PUF, août 2014, 19 €.

ADDICTIONS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

G. Picherot, C. Steneur et P. Cochat
Éd. Doin, mars 2014, 49 €.

HIKIKOMORI, CES ADOLESCENTS EN RETRAIT

M. Fansten, C. Figueiredo, N. Pionnié-Dax et N. Vellut (dir.)
Éd. Armand Collin, août 2014, 21,90 €.

VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES

Comprendre pour agir
R. Coutanceau et J. Smith (dir.)
Éd. Dunod, mai 2014, 27 €.

VIOLENCES INSTITUTIONNELLES

Analyse et interventions
Bernard Gaillard
Éd. Champ Social, mars 2014, 16 €.

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Lucia Romo et Mohamed-Ali Gorsane
Éd. Dunod, août 2014, 24 €.

SURMONTER LES TRAUMATISMES DE L'ENFANCE

Helen Kennerley
Éd. Dunod, juin 2014, 22 €.

MYTHE DE LA PARENTALITÉ, RÉALITÉ DES FAMILLES

Saül Karsz
Éd. Dunod, juin 2014, 23,90 €.

PRENDRE EN CHARGE LES VICTIMES D'AGRESSIONS ET D'ACCIDENTS

Accueillir, orienter, traiter
Gérard Lopez
Éd. Dunod, août 2014, 27 €.

LA NATURE HUMAINE

D.W. Winnicott
Éd. Gallimard, Tel, septembre 2014, 8,50 €.

PENSER LE MANAGEMENT EN ACTION SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE

Jean-René Loubat
Éd. Dunod, juillet 2014, 35 €.

TRAUMATISMES PSYCHIQUES

Prise en charge psychologique des victimes
Sous la direction de Louis Crocq
Éd. Elsevier Masson, juin 2014, 34 €.

LA MÉMOIRE ENTRE NEUROSCIENCES ET PSYCHANALYSE.

Claudia Infurchia
Éd. Erès, juin 2014, 30 €.

FEUILLES OUBLIÉES, FEUILLES RETROUVÉES

François Roustang
Éd. Petite Bibliothèque Payot, juin 2014, 9 €.

www.santementale.fr

Rubrique en accès libre

La rentrée chez **é**rés

Deux nouvelles collections et un roman

SINGULIER-PLURIEL

Nouvelle collection dirigée par Jean-Pierre Lebrun

La collection *Singulier-pluriel* accueillera des textes témoignant du travail de ceux qui prennent en compte l'inconscient et le transfert, qui reconnaissent les incidences de ce que parler implique et qui le font dans une langue accessible à tous.

Andrée Lehmann

L'ATTEINTE DU CORPS

Une psychanalyste en cancérologie

Écrit dans un style vivant et limpide, cet ouvrage est d'abord un livre clinique. En faisant place à la parole des patients, de leurs proches et aussi à celle des soignants, l'auteure a pu montrer qu'une atteinte corporelle ne peut aller sans répercussions psychiques. Celles-ci vont bien au-delà de l'angoisse : les équilibres de vie sont déstabilisés, ce qui induit un retour sur soi et mène vers des changements dans les façons d'être. Le livre montre comment le psychanalyste peut aider, dans le respect de chacun, à faire face à ces bouleversements et à restaurer une dynamique psychique.

Préface d'Anne Joos - 14 x 20,5, 296 pages, 23 €

CENTRE PRIMO LEVI

Nouvelle collection dirigée par Eléonore Morel

Le Centre Primo Levi, centre de soins pour les personnes victimes de la torture et de la violence politique, est à l'initiative de cette nouvelle collection, espace de réflexion, de recherche et d'échanges autour de questions liées au traumatisme.

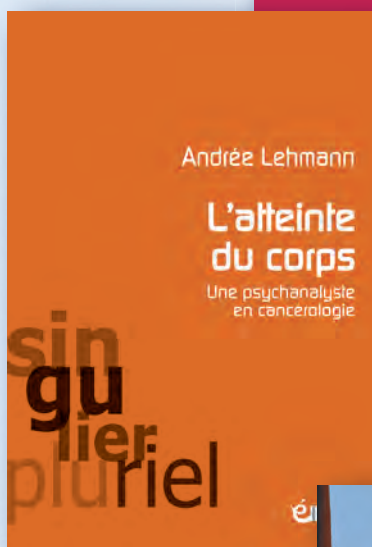
Sous la direction de

Ghislaine Capogna-Bardet

CLINIQUE DU TRAUMA

L'ouvrage s'attache à repréciser ce que l'on entend par traumatisme, terme dont le sens a été largement remodelé depuis les premiers travaux entrepris par Jean-Martin Charcot jusqu'au discours neuropsychiatrique actuel. Il rend compte de cette clinique qui implique notamment un retour aux apports successifs de la psychanalyse concernant le trauma. Il s'agit de les retraverser, d'y trouver des outils d'élaboration, de prendre note aussi des questions laissées en suspens par Freud et ses élèves et par leurs successeurs, de rechercher comment s'articule le trauma freudien avec les traumatismes liés aux violences extrêmes...

13,5 x 21,5, 200 pages, 22 €



Guite Guérin

L'ÉNIGME DE LA STÉRILITÉ

Histoires cliniques

En écoutant les femmes venues consulter pour stérilité, l'auteure entourée de gynécologues a constaté que celle-ci n'était généralement pas liée à des causes organiques ou que, si tel était le cas, elle s'accompagnait d'empêchements psychiques. Son travail en tant que psychanalyste a consisté à découvrir avec elles ces inhibitions, ces paralysies.

14 x 20,5, 272 pages, 23 €



1914-2014

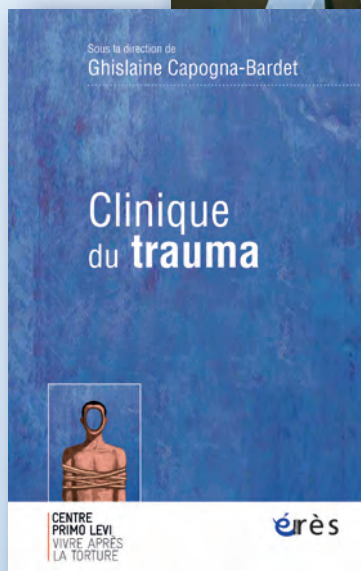
le « narcissisme »
fête ses 100 ans,

un roman

qui illustre

sa naissance et

ses développements



Frédéric de Rivoyre

CECI EST UNE ILLUSION

Pour (ré)introduire le narcissisme

Ce livre est un essai de psychanalyse écrit comme un roman. Il raconte comment la théorie du narcissisme va trouver son sens dans la passion de l'image. André Breton, Sigmund Freud, Carl Jung, Sandor Ferenczi, Salvador Dalí et Jacques Lacan sont les acteurs principaux des échanges qui ont eu lieu entre 1909 et 1939 et qui sont restitués sur la base de faits tantôt connus, tantôt inventés. L'histoire de la théorie psychanalytique s'écrit à travers des dialogues et des situations romanesques.

14 x 22, 312 pages, 23 €

EN LIBRAIRIE

ou à défaut : Editions éres - 33 avenue Marcel Dassault F-31500 Toulouse
Tél. 05 61 75 15 76 - Fax 05 61 73 52 89 - e.mail : eres@editions-eres.com

Consultez notre catalogue sur

www.editions-eres.com

LU QUELQUE PART...

PAR LOUIS JOSEPH



LES ENFANTS DIFFICILES

Riche de ses « auteurs du monde entier », la revue **Books** consacre un dossier globe-trotteur aux enfants difficiles. D'emblée, une série de questions se pose : les enfants d'aujourd'hui sont-ils vraiment plus difficiles que leurs aînés ? Est-ce au contraire dû à l'éducation dans un monde de plus en plus complexe qui les fait percevoir comme tels ? On a longtemps cru que l'enfance était une invention moderne. Elle a plutôt changé : les rescapés d'une mortalité infantile, liée au lait animal et au recours à des nourrices à l'hygiène aléatoire, travaillaient dès l'âge de 7 ans, puis quittaient le cocon familial vers l'âge de 12 ans. Le rôle des parents dans l'éducation de leur progéniture est loin d'être aussi important que ce que l'on croit : la destinée serait inscrite dans les gènes et largement modelée par les pairs. Les parents ne serviraient donc à rien ? L'éducation n'est pas ce que les parents font avec leur enfant, mais ce que les deux parties créent ensemble. Des enfants qui prennent le pouvoir à la pseudo-épidémie d'hyperactivité, un dossier qui fait le ménage dans nos croyances les plus tenaces !

Les enfants difficiles, Books, n° 56, juillet-août 2014.

TRANSITIONS DE LA VIE

De la naissance au grand âge, des étapes jalonnent le développement de chacun et se répercutent sur le couple et le groupe familial. Ces transitions impliquent souvent des séparations (de quelqu'un, d'un groupe, d'un lieu, d'un contexte, d'une activité...). Certaines, d'ordre biologique

et psychologique (comme celles liées à l'enfance et à l'adolescence), marquent le temps qui passe. Tous ces changements requièrent des capacités de transformation des individus et du groupe pour élaborer ces pertes successives. La revue **Dialogue** analyse ces transitions dans la société contemporaine. Le travail d'intersubjectivité qui lie les différents protagonistes est-il pris dans des enkystements provoqués par des normes sociales imprécises, fluctuantes voire paradoxales, ou des réponses insécurisantes dans les familles et les institutions ? Les blocages peuvent-ils devenir féconds ? Sont abordés quelques cas de transition bloquée : renoncement au désir de maternité, difficultés de réaliser un projet de vie chez des jeunes adultes issus de milieux aisés, angoisse et ménopause, amours idéalisées, deuils impossibles.

Transitions de la vie, Dialogue, Érès, n° 204, 2^e trimestre 2014.

LE SILENCE DE LA MÉMOIRE

En accueillant et en écoutant des patients, il m'est régulièrement arrivé d'être confronté aux traces laissées par la guerre d'Algérie. J'ai rencontré des pieds-noirs bien sûr, des anciens du Front de libération national (FLN), des appelés – témoins, complices ou acteurs d'horreurs –, leurs enfants meurtris par ce que leurs parents taisaient, leurs petits-enfants au psychisme agi par un impensable qui impliquait de mobiliser les aspects transgénérationnels d'une histoire douloureuse. Si la guerre est en général un vecteur de cohésion sociale, force

est de constater que la guerre d'Algérie (longtemps nommée « les événements ») divise toujours cinquante ans après. Le **Sociographe** met en évidence ces séquelles psychosociales et tente cependant de montrer en quoi l'espoir existe aujourd'hui d'une libération de la parole et d'une réconciliation. Des témoignages souvent passionnants constituent le corps du dossier : ceux d'acteurs de la guerre, ceux de fils et de filles de... porteurs d'un sourd héritage.

Le silence de la mémoire. Algérie, le travail social à l'épreuve de l'histoire, Le Sociographe, Champ social, n° 46, Juin 2014.

PROCESSUS DE DÉCISION ENTRE RATIONALITÉ ET RATIONALISATION

Si le pouvoir appartient au registre de l'imaginaire et l'autorité à celui du symbolique, la décision est du registre du réel. Comment décider ? La prise de décision elle-même uniquement définie comme l'action de faire des choix rationnels à partir de plusieurs possibilités ne présentant pas les mêmes avantages ou inconvénients ? Sûrement pas, détaille la revue **Connexions**. La décision est une représentation sociale définie par trois dimensions : un moment qui ponctue le quotidien, qui l'extraie du flux, un contenu qui produit un discours destiné à la justifier et le processus qui la fabrique. La possibilité de décider n'est pas l'apanage des dirigeants, elle relève d'une autonomie et d'une rationalité limitée. Les formes de décision peuvent être pensées selon le modèle Focus en fonction des styles d'organisation (règles, soutien, objectifs et innovation), puis selon le modèle Lewin en fonction des types d'autorité (laisser-faire, modèle autoritaire, modèle démocratique). On repère ainsi des stratégies d'évitement ou de contournement des décisions difficiles à assumer. Un dossier passionnant qui devrait enrichir chacun.

Processus de décision entre rationalité et rationalisation, Connexions, Érès, n° 101, 2014.

La rédaction a lu...

- *Analyse des obstacles à l'intervention infirmière auprès des familles dans les unités de soins de santé mentale à la lumière du modèle de changement de Colerette, S. Daneau, J. Goudreau, C. Sarrazin, Recherche en soins infirmiers, n° 117, juin 2014.*
- *L'expérience subjective du schizophrène. Examen critique de la notion de qualité de vie, F. Jardon, C. Glineur, S. Heenen-Wolff, N. Vercruysse, P. Fouchet, Bulletin de psychologie, tome 67 (3), n°531, mai-juin 2014.*
- *Les féminismes. Questions sur la liberté et l'égalité, dossier du Journal Français de Psychiatrie, n° 40, éditions Érès, 2014.*
- *Individu, organisation société, changer le travail. 20 pistes pour améliorer la qualité de vie au travail, Sciences humaines, Les grands dossiers, n°36, septembre-octobre-novembre 2014.*



**ÉCONOMIES
D'IMPÔTS**



**AVEC LE C.G.O.S
DIMINUEZ VOS IMPÔTS
CHAQUE ANNÉE**

**TOUT EN PRÉPARANT
VOTRE RETRAITE**

COMPLÉMENTAIRE RETRAITE DES HOSPITALIERS : LA SOLUTION RETRAITE DU C.G.O.S

Agents hospitaliers du secteur public, vous faites confiance au C.G.O.S et vous bénéficiez de ses actions pour améliorer votre quotidien. Pour préparer votre retraite sereinement, tout en faisant des économies d'impôts, découvrez la solution C.G.O.S créée par des hospitaliers pour les hospitaliers.

• DES ÉCONOMIES D'IMPÔTS :

100 % de vos cotisations déductibles de votre revenu net global.⁽¹⁾

• **Un complément de retraite versé durant toute votre vie⁽²⁾**

• **Des cotisations adaptées à votre budget :**
2,5 %, 3,5 %, 4,5 %, 5,5 % de votre traitement,
modifiables sans frais, quand vous voulez.

AVANTAGES EXCLUSIFS !

- **Une offre spéciale 18-35 ans :**
un mois de cotisation supplémentaire offert chaque année pendant 5 ans maximum.⁽³⁾
- **Une aide remboursable à 0 %, jusqu'à 5000 €⁽³⁾**

Besoin d'un conseil ou d'une information ? Nos conseillers sont à votre écoute

► **N° Vert 32 20** dites "CRH" ou ► **N° 04 94 65 15 50**  **crh.cgos.info**

Du lundi au vendredi : 9h/12h et 14h/17h

**COMPLÉMENTAIRE
RETRAITE DES HOSPITALIERS**
La solution C.G.O.S



(1) Dans la limite du plafond fixé par la législation fiscale en vigueur.

(2) Depuis le 1^{er} avril 2008, toute nouvelle affiliation bénéficie d'une rente conventionnelle garantie à vie par Allianz Vie.

(3) Offre soumise à conditions.

Crédits photos : J. Deya.

Un programme mère-

Le programme mère-bébé des Hôpitaux universitaires de Genève accueille des mères en souffrance psychique, avec ou sans antécédents psychiatriques. Au fil des années, les infirmiers ont acquis une véritable expertise dans les soins aux mères et à leurs proches.

Les théories sur l'attachement (Guédeney, 2006) montrent que le sentiment de sécurité, qui aide l'enfant à construire son identité, est impacté par des difficultés dans l'établissement du lien affectif précoce entre le bébé et ses parents. « L'insécurité d'attachement de l'enfant semble liée à l'altération des capacités de caregiving maternel », précise Guédeney (2010). Ce concept de *caregiving* fait référence à la capacité à prendre soin de l'autre et trouve son origine dans ces relations maternelles précoces (Guédeney, 2006).

En cas de troubles psychiques, « c'est la conjonction de la maladie mentale et de représentations préalables d'attachements insécures des mères qui aura le plus de conséquences sur le caregiving et donc sur le développement de l'enfant » (Guédeney, 2010). Selon F. Ansermet (1999) « le stress prénatal et postnatal aura des conséquences épigénétiques (2) sur l'enfant à venir et sur sa descendance ».

Sabrina DELEAN*
Miléna ROCH-LESQUEREUX**
Véronique ROBERT*
Vanda SERRANO*

* Infirmière certifiée en soins aux patients en souffrance psychique, ** Infirmière

Unité psychiatrique hospitalière adulte, Département de santé mentale et psychiatrie, Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Hôpitaux universitaires de Genève.

« La crise que provoque la naissance (...), tout comme d'autres événements de la vie, comporte donc une période de déséquilibre qui offre la possibilité d'un processus de développement dont l'issue pourrait être une réintégration personnelle et l'atteinte d'un nouvel équilibre » (De Grâce, 1986). Chaque femme vit cette étape de remaniement psychique de manière différente en fonction de son histoire, de ses fragilités, de son contexte socioculturel, de son âge. Ce bouleversement entraîne parfois des difficultés d'adaptation, très variables d'une femme à l'autre et qui peuvent provoquer une souffrance psychique qui nécessite parfois un accompagnement spécialisé. Dans des situations de vulnérabilités psychiques déjà existantes, la maternité (crise maturative selon Racamier, 1978) se complexifie encore. Pour ces cas difficiles, jusqu'à la création de l'Unité psychiatrique hospitalière adulte (UPHA), il n'existait souvent pas de solution alternative à la séparation mère-enfant. Nous allons décrire la spécificité de l'unité et l'expertise que nous y avons acquises.

UNE UNITÉ SPÉCIALISÉE

L'UPHA voit le jour au sein des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) en 1999. Cette structure très innovante permet d'hospitaliser des patients souffrant de troubles psychiatriques et somatiques aigus. Elle dépend du département de santé mentale et psychiatrie et est rattachée au Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise (SPLIC). Cette unité



© Stocklib – Jasmin Merdan.

bébé pour soigner le lien



est géographiquement intégrée à l'hôpital général et bénéficie ainsi du plateau technique nécessaire à sa mission. Trois programmes de soins sont proposés :

- **le programme de soins complexes** (11 lits) concerne les patients qui souffrent conjointement de pathologies psychiatriques et physiques, dont les soins requièrent les deux dimensions intégrées : soma et psyché ;

- **le programme mère-bébé** (3 lits), axé sur le lien mère-enfant, existe depuis 2000. L'investissement, la créativité des soignants ont été récompensés par le « Prix coup de cœur » dans le cadre du Prix Qualité des HUG en 2003 ;

- **le programme pour patients souffrant de troubles de la conduite alimentaire** (anorexie, boulimie et hyperphagie) (4 lits) a intégré l'UPHA en 2007, il était auparavant implanté dans le service de médecine. La richesse et la variété de la population accueillie témoignent d'une réelle complexité des soins au quotidien, ce qui nécessite une coordination efficace et pertinente de tous les intervenants, intégrés ou non à l'équipe de soins. La pluridisciplinarité dans ce contexte prend tout son sens.

Au départ, l'équipe soignante était confrontée à des demandes d'hospitalisation en urgence sans moyen spécifique pour y faire face, ce qui a entraîné des ajustements. Cela a été aussi le début d'une réflexion et d'un travail commun entre le service d'obstétrique, le département de psychiatrie et la pédiatrie. Cette collaboration a permis progressivement de structurer l'accueil des mères et de leurs bébés, et de créer des outils d'observation de la relation mère-enfant dans un cadre de référence commun. Le savoir-faire infirmier et l'autonomie des soignants dans ce programme mère-bébé se sont construits dans une pratique réflexive en collaboration avec une sage-femme.

ÉVOLUTION DES BESOINS

Au fil du temps, l'équipe pluridisciplinaire a dû s'adapter à la complexité et à la diversité des demandes de soins en périnatalité. Nous rencontrons des situations familiales multiples : mariage mixte, séparation, famille recomposée, monoparentalité ou homoparentalité, procréation médicalement assistée... ainsi que des difficultés sociales : immigration, pauvreté, isolement, violence. Il s'agit d'accueillir chaque mère, quelle que soit sa souffrance en lien avec une crise majeure

autour de la naissance, avec ou sans antécédent psychiatrique : dépressions, décompensations psychotiques, troubles du comportement alimentaire, troubles de la personnalité, addiction...

La première année, en 2000, le programme a accueilli cinq mamans. Il s'agissait surtout d'admissions en urgence, avec une durée moyenne de séjour de 30 jours. Par la suite, un travail de communication sur ce programme a été réalisé (dépliant, congrès médicaux et infirmiers...).

La durée de séjour, très variable et peu prévisible, tient compte du rythme de la résolution de la crise et des ressources familiales et sociales de la patiente. En 2011, la durée moyenne dans le programme mère-bébé est de près de 51 jours, avec des durées individuelles pouvant atteindre 150 jours.

La proportion d'hospitalisations conjointes mère-bébé est le plus souvent égale ou supérieure à celle des hospitalisations séparées, ce qui reste pour nous un gage de réussite et un témoin de confiance de la part des différents intervenants (pédiatrie, obstétrique, psychiatrie). Le pourcentage de patientes hospitalisées en cours de grossesse oscille entre 14 et 40 % tandis que celui des patientes admises pour une IVG dans le cadre d'un trouble psychique reste faible. Ces parents accueillis sont en souffrance dans leur fonction, ou future fonction parentale qui les submerge, soit de leur propre constat, soit de celui de tiers. Ils se sentent en décalage avec leur projet initial, la réalité ne correspond plus au bonheur attendu. Dans le cadre du suivi prénatal, la maternité des HUG propose également une consultation hebdomadaire et pluridisciplinaire (gynécologues, sages femmes, assistantes sociales, pédopsychiatres, psychiatres), pour les femmes en situations psychosociales à risque. Dans ce contexte, ce programme mère-bébé propose une expertise dans un cadre de prévention primaire mais aussi de soins curatifs, pré et post-partum.

• Annie, « une goutte d'huile dans mon ventre »

Annie, 38 ans, sans-domicile fixe, est une patiente française en rupture de tout lien social. Elle souffre d'une psychose infantile et a été victime de maltraitance physique et psychique durant son enfance. Elle a également fait plusieurs voyages pathologiques (3). Elle est admise à l'UPHA en soins sans consentement via l'Unité mobile

de soins communautaires (UMSCO). À son arrivée, elle est enceinte de 8 mois mais présente un déni de grossesse et évoque « *une goutte d'huile dans son ventre* ». Elle présente un état d'agitation psychomotrice, des hallucinations et un délire enkysté. Annie ne connaît pas l'identité du père de son enfant. Suite à une fugue de l'hôpital, une mise en danger et des comportements à risque, elle passe les dernières semaines avant son accouchement en chambre d'isolement. Durant ce temps, le déni de grossesse perdure. Elle semble prendre conscience de son état alors qu'elle part en salle d'accouchement. Elle est accompagnée par l'infirmière de l'unité qui reste avec elle pour la durée de la naissance. Lorsqu'Annie tient son fils dans ses bras, elle répète : « *Qu'est-ce qu'il est beau !* » Elle prend soudain conscience de la réalité et se montre inquiète de l'avenir de son fils.

Après l'accouchement, Annie revient à l'UPHA et son fils est hospitalisé à l'Unité de développement de pédiatrie des HUG. Tout au long de ce séjour, le lien entre la mère et l'enfant est maintenu. Annie rend visite quotidiennement à son bébé puis l'enfant vient pour des demi-journées à l'UPHA. Tous ces moments sont accompagnés et encadrés par les soignants du service, en collaboration avec les professionnels de pédiatrie.

L'équipe pluridisciplinaire travaille la relation dans l'ici et maintenant tout en préparant le projet de sortie. Les recherches d'une structure pouvant accueillir la mère et l'enfant en France s'intensifient. Les troubles psychiques restent prégnants. Annie choisit de faire adopter son enfant. Cette décision est prise en concertation entre la maman, les équipes de psychiatrie et de pédiatrie et les services de protection des mineurs. Après cinq mois passés à l'UPHA, Annie fugue à nouveau, et l'enfant est placé dans l'attente d'une adoption.

OBJECTIFS ET CADRE

L'hospitalisation à l'UPHA offre un cadre spatio-temporel qui favorise l'observation et l'évaluation de la relation mère-bébé. Ce temps s'inscrit dans une chaîne de collaboration : le département de l'enfant et de l'adolescent, le département d'obstétrique et de gynécologie, le département de santé mentale et psychiatrie, les services de protection des mineurs et les structures d'accueil (foyers, familles, crèches).

Chaque famille, chaque situation, reste singulière. Une admission est toujours une nouvelle rencontre. Pour bien accompagner ces mères (ou mères en devenir) en difficultés psychiques, les soignants doivent les accepter de manière inconditionnelle et porter sur elles un regard bienveillant, sans jugement, avec ce que cela comporte parfois comme incidence sur les émotions des soignants.

Son investissement et son soutien ont largement contribué au développement et à la pérennité du programme. Grâce à cette collaboration, nous avons appris à penser le soin à l'enfant au travers des théories de Brazelton (2).

En parallèle, nous avons affiné notre capacité d'observation en créant des grilles spécifiques. Peu à peu, l'équipe a ainsi acquis des compétences dans les soins du post-

mieux aider les patientes à réaliser leurs projets.

– Projection/clivage/identification projective. Le soignant doit garder à distance ce qui est de sa propre histoire et de sa conception de la parentalité afin de rester ouvert aux représentations et aux attentes des familles.

Ces mécanismes de défense, avec lesquels nous devons évoluer, peuvent entraver



Le soignant doit faire le deuil de sa vision de la mère parfaite, et faire un travail quotidien pour mettre à distance ses propres représentations et ses valeurs personnelles et mieux aider les patientes à réaliser leurs projets. »

Les objectifs des prises en charge consistent à :

- accompagner la mère dans la rencontre avec son enfant en l'aidant par exemple à faire le deuil du bébé imaginaire face à celui qui se présente à elle ;
- amener la femme à la rencontre de la mère en elle et l'aider dans la transition de ses rôles ;
- aider à décrypter le langage du bébé, les signes non verbaux ;
- créer et/ou maintenir le lien mère-enfant.
- apporter une sécurité affective à la mère pour lui permettre de développer ses compétences ;
- permettre à la mère d'acquérir et de valoriser des compétences, des ressources et des limites dans le maternage par modélisation des professionnels.

Ce programme se déroule dans un lieu où sont hospitalisés des patients souffrant d'autres pathologies. Nous observons que la présence de bébés favorise les interactions et encourage les rencontres au sein de l'unité. Les mamans présentent leur bébé et sont attentives à leur image de mère. Les autres patients valident leurs compétences et ainsi les renforcent. Ils modifient également leurs attitudes et leurs comportements : posture calme, voix adaptées, babillage et interactions, inquiétudes par rapport au bébé. Dans leurs échanges, ils font appel à leur propre expérience de la parentalité (réelle ou imaginaire) pour accompagner et soutenir les mères.

LA NÉCESSAIRE PLURIDISCIPLINARITÉ

Lors de la création du programme mère-bébé, nous avons sollicité l'aide d'une collègue sage-femme, spécialiste clinique.

partum comme l'allaitement, le sevrage ou les rythmes de l'enfant.

Dès l'admission d'une maman (ou future maman) dans le programme, nous contactons systématiquement cette sage-femme pour une consultation d'anamnèse obstétricale, afin de favoriser la prise en soins globale. De même, l'équipe de pédopsychiatrie intervient rapidement auprès des mères afin de faciliter le décodage de la relation mère-enfant et permettre un renforcement des compétences de la maman et de son enfant. Face à la sage-femme, à l'infirmière ou aux pédopsychologues, la patiente livre généralement des informations différentes. Nous croisons donc systématiquement nos perceptions, nos données et notre compréhension de la situation. Plus globalement, il est primordial de partager nos impressions en équipe pluridisciplinaire, le comportement de la maman pouvant être diamétralement différent en présence de l'enfant et du professionnel qui observe (infirmier, sage-femme...). Dès lors, il est important de croiser ces observations avec les professionnels spécialistes de l'enfant afin d'optimiser notre perception de la situation.

L'équipe soignante est souvent confrontée à des difficultés inhérentes à ses propres représentations. Parmi elles, on distingue :

- Toute-puissance/impuissance. Il est impératif d'être à l'écoute de nos limites (disponibilité, compétences) pour mieux garantir un cadre de soins sécurisant.
- Idéalisation/jugement. Le soignant doit faire le deuil de sa vision de la mère parfaite, et faire un travail quotidien pour mettre à distance ses propres envies, ses valeurs personnelles pour pouvoir

la qualité de la relation thérapeutique et biaiser notre objectivité. Afin d'éviter ces écueils, la supervision est indispensable. Elle permet de faire le tri entre nos émotions, nos projections et la situation réelle, de dégager des objectifs réalistes et bienveillants, sans jugement, et de maintenir ainsi une distance « suffisamment bonne ».

LE COUPLE PARENTAL

L'arrivée d'un enfant dans un couple, dans une famille, est un facteur de déséquilibre du système, qui engendre de fait une période de crise. La plupart du temps, cette crise reste dans le registre dit des crises évolutives, c'est-à-dire liées au cycle de la vie. Dans le cas des patientes qui arrivent à l'UPHA, à cette crise évolutive s'ajoute une crise dite situationnelle, induite par une fragilité psychique, une dynamique familiale perturbée, un handicap ou un accident. Durant l'hospitalisation de la mère et de l'enfant, le papa est souvent un allié primordial. En effet, à leur arrivée, les mamans sont souvent épuisées. Nous demandons donc aux pères de garder à domicile les bébés pour permettre à leur compagne de se reposer. Ils organisent des visites et assurent la fonction « maternelle » pendant ce temps, ce qui offre à leur femme un espace de sécurité afin qu'elle puisse prendre du temps pour elle. Lorsque l'état de la maman permet une hospitalisation conjointe avec l'enfant, nous invitons alors le père à prendre du temps pour se reposer, se « recharger ». Le retour à domicile se fait progressivement, avec des permissions de plus en plus longues, d'abord en couple puis en famille avec bébé.

Chaque sortie est évaluée lors d'entretiens familiaux qui peuvent être poursuivis en ambulatoire.

• Ingrid et son « manque d'amour »

Ingrid, 35 ans, est adressée à l'UPHA par la consultation de périnatalité. Mariée, avec un emploi stable, elle n'a pas d'antécédent psychiatrique. Elle présente un état d'épuisement et un syndrome dépressif suite à la naissance de son deuxième fils. Dans un premier temps, Ingrid est hospitalisée seule et ses proches s'occupent des deux enfants. Au cours des semaines précédentes, la patiente avait perçu ses difficultés à domicile mais persévéré dans son rôle de maman. Aujourd'hui, à bout, épuisée, elle ne trouve plus les ressources pour continuer. Elle n'a pas d'idée suicidaire mais pleure beaucoup, se sent angoissée, a l'impression de ne pas aimer ce nouveau-né et d'être une mauvaise mère. Son mari se montre très présent et soutenant mais se sent impuissant à l'aider davantage. Ingrid décrit une relation très fusionnelle avec son fils aîné, ce qui la culpabilise d'autant plus du « manque d'amour » qu'elle dit éprouver pour son cadet. Ingrid a besoin de temps et d'espace pour se recentrer sur elle, se reposer, reprendre ses marques et réapprendre à se faire confiance. L'équipe l'accueille dans ses difficultés, l'aide à contenir son angoisse, à la mettre en mots en l'approvoisant. Les soignants l'entourent, la soutiennent, l'aident à décrypter et à décoder ce qu'elle vit, la « maternité » afin qu'elle puisse elle-même redevenir mère. Au début de la prise en charge, Ingrid reste très angoissée lors des visites de son enfant. Elle a des crises de panique, ne peut concevoir l'hospitalisation conjointe et répète qu'elle n'est pas prête.

Face à la stagnation de la situation et à l'épuisement de la famille, le bébé est placé en pédiatrie. Pour Ingrid, cette décision crée l'occasion d'éprouver le manque de son enfant. Elle initie un travail de rapprochement avec l'aide des pédo-psychiatres. Après une dizaine de jours, l'enfant rejoint sa mère à l'UPHA. Au bout de quelques semaines, Ingrid sort malgré la persistance de ses craintes et sa peur de « ne pas y arriver ». Elle nous recontacte quelques mois plus tard via une carte postale pour témoigner de son évolution et de son attachement à son petit dernier.

CONCLUSION

Près de quinze ans après la création du programme-mère bébé au sein de l'Unité de psychiatrie hospitalière adulte des HUG, nous mesurons le chemin parcouru. Pluridisciplinarité et partage des connaissances ont fait de cet espace un lieu d'expertise dans les soins apportés aux mères, mais aussi à leurs proches. La diversité des situations accueillies et traitées en fait aussi sa spécificité. L'UPHA peut accueillir des mères souffrant de toxicodépendance, de troubles psychotiques ou de schizophrénie, avec ou sans antécédent psychiatrique, ce qui la distingue d'autres programmes.

On ne saurait conclure sans reconnaître l'importance des moyens mobilisés, la nécessité de travailler au sein d'un réseau très élargi et l'investissement quotidien des soignants. Nous avons conscience des coûts engendrés par ces hospitalisations prolongées et complexes. D'un point de vue soignant et humain, la rencontre et la création du lien mère-enfant restent un crédit pris sur l'avenir.

Cet article a également été rédigé avec la participation d'Anne Bardet Blochet, sociologue, et Brigitte Corabœuf, infirmière spécialiste clinique, HUG et avec le soutien de Christel Alberque, médecin adjoint du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Sylvie Beyoux, infirmière responsable d'unité de soins et du Prof. Alessandra Canuto, médecin cheffe du service du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, HUG.

1 – L'épigénétique désigne l'étude des influences de l'environnement cellulaire ou physiologique sur l'expression des gènes.

2 – Le pédiatre américain T. B. Brazelton est un des premiers à avoir fait connaître les compétences du tout-petit. On lui doit notamment *Écoutez votre enfant* (Petite bibliothèque Payot, 2006). Il a également mis au point une échelle d'observation du nouveau-né, dite échelle Brazelton, très utilisée en pédiatrie.

3 – Le voyage pathologique est un déplacement réel motivé par des causes psychopathologiques : le patient explique par exemple qu'il fuit un complot, qu'il a une mission à accomplir, que ses voix lui ont ordonné de se rendre sur un lieu précis.

BIBLIOGRAPHIE

- Ansermet F. 1999, *Clinique de l'origine : l'enfant entre le médecin et la psychanalyse*. Lausanne : Payot.
- De Grâce GR, Joshi P. 1986, *Les crises de la vie adulte*, Montréal, édition Décarie.
- Guédeney N, Guédeney A. 2006, *L'attachement : concepts et applications*, Paris : Masson.
- Guédeney N, Guédeney A. 2010, *L'attachement : approche clinique*, Paris : Masson.
- Racamier P.C. 1978, *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. Paris, ESF.
- Winnicott D.W. 2006, *La mère suffisamment bonne*. Éditions Payot et Rivages, Paris.

Résumé : Créé en 2003, le programme mère-bébé de l'Unité psychiatrique hospitalière adulte (UPHA) des Hôpitaux universitaires de Genève accueille des mères (ou future mères) en difficultés, notamment psychiques, mais aussi sociales, économiques. L'équipe infirmière a développé des compétences et une expertise particulière dans l'observation et le soin du lien précoce mère-enfant.

Mots-clés : Accompagnement thérapeutique – Attachement – Cas clinique – Équipe pluridisciplinaire – Hospitalisation mère-enfant – Interaction précoce – Supervision.

« On dirait un bébé !... »

À 16 ans, Ismaël a l'apparence d'un jeune adulte. Mais dans sa tête, il reste un petit garçon qui a besoin de rituels et de la présence réconfortante des soignants.

VIRGINIE DE MEULDER

Infirmière, Hôpital de jour pour adolescents, Association de santé mentale de Paris-13^e.

© Tarokitchi - Fotolia.com.



« Le 19 juillet, je vais me lever et faire ma valise avec ma maman. Elle mettra cinq pantalons, cinq shorts, des t-shirts, des chaussettes, des slips, des sandales et un maillot de bain. Ensuite, on ira chez ma tata et on prendra la voiture pour aller au Souffle neuf. Je vais retrouver mes copines Océane, Laurie et Mégane. Après on partira à la mer et Océane mettra son maillot de bain rose et moi mon maillot noir et on se baignera ensemble dans les vagues. » Entre avril et juillet, Ismaël a récité chaque jour à qui voulait l'entendre cette belle tirade, les yeux pétillants comme s'il était déjà dans l'eau avec Océane. Ses phrases en boucle semblaient avoir chez lui un fort pouvoir calmant, apaisant et manifestement jouissif.

UN UNIVERS FÉMININ

Très soigné, Ismaël, 16 ans, est un bel adolescent d'origine marocaine et mauricienne à la peau dorée et aux yeux clairs. Souffrant de troubles du comportement depuis la maternelle, il fréquente des institutions soignantes depuis l'âge de 4 ans. Son

père a quitté le foyer conjugal dans son enfance et le garçon a fugué de nombreuses fois pour partir à sa recherche. Ismaël a cinq sœurs et une maman très pieuse qui élève seule ses enfants. Entouré de femmes, il se dessine parfois au milieu de sa famille avec une robe et des cheveux longs. À son entrée à l'hôpital de jour, il gérait difficilement toute forme d'excitation qui dérapait alors en agitation psychomotrice difficilement contrôlable. Curieux du vent, il s'amusait à jeter par la fenêtre sacs en plastique, feuilles de papier... pour les regarder voltiger. Il soufflait aussi sur les cheveux longs du personnel féminin pour les faire voler. Aujourd'hui, il a fortement investi les soignants qu'il « utilise », au sens winnicottien du terme, selon ses besoins.

RITUELS BAVARDS

En ce moment, Ismaël me demande chaque jour s'il peut déjeuner à ma table. Pourtant, il n'a pas toujours été aussi soucieux d'être près de moi. À ses débuts à l'atelier informatique, je me suis approchée

pour travailler avec lui et il m'a fait alors des grands « non ! » du doigt tout en fronçant les sourcils et en me repoussant du bras. C'était si théâtral et si drôle que j'ai éclaté de rire. Il a souri et continué ses mimiques tout en m'acceptant quand même. À table, il commence toujours par servir de l'eau à tout le monde, remplissant à nouveau rapidement chaque verre qui se vide. Comme un enfant qui a besoin de vérifier chaque chose pour se rassurer, il me pose toujours les mêmes questions : « *Virginie, est-ce que je peux prendre toute la sauce sans en laisser aux autres ?*

– *Bien sûr que non, Ismaël.*

– *Et pourquoi je n'ai pas le droit de prendre toute la sauce pour moi ?*

– *Parce qu'il faut en laisser pour les autres, tu l'as dit toi-même. »*

Et il répète sa question au moment du fromage, des yaourts, des fruits... Il m'interroge avec un sourire rieur comme si cela faisait partie d'un jeu entre nous. Un jour, un de ses voisins de table, exaspéré par son manège, s'est mis à hurler : « *Mais arrête avec toutes tes questions, on dirait un bébé !* » Comme un enfant, Ismaël cherche à accaparer le soignant et ses réflexions sont souvent d'une grande candeur : « *Mais pourquoi il pleut Virginie, moi j'aime pas la pluie, j'aime pas. Et ça me rend triste moi la pluie, ça me fait pleurer la pluie !... »*

« C'EST QUOI, UNE PETITE AMIE ? »

Le temps lui semble un éternel recommencement : « *Après l'été, ce sera l'hiver, n'est-ce pas, et puis Noël, et tout va recommencer comme l'an passé, n'est-ce pas, tout va recommencer pareil et le temps va passer pareil. »*

Le temps continue de s'écouler néanmoins à l'hôpital de jour... Ismaël a beaucoup grandi, son corps est celui d'un jeune homme. Pas sûr qu'il en soit conscient. Alors qu'il racontait à Myriam, une patiente, une baignade avec Océane, elle lui a demandé si Océane était sa petite amie. « *Oui* », a répondu Ismaël, puis il s'est tourné vers moi pour vérifier : « *C'est quoi Virginie une petite amie ?*

– *C'est quand on s'embrasse* », a coupé Myriam.

– *Sur la bouche* », ai-je précisé.

– *Ah, alors non, c'est pas ma petite amie Océane, c'est mon amie. »*

Et Ismaël m'a lancé son regard complice et son grand sourire enfantin et rieur.

Épuisement professionnel

Approches innovantes et pluridisciplinaires

Philippe Zawieja, Franck Guarnieri

Un ouvrage accessible et rigoureux à partir des travaux de recherche les plus récents sur le burn-out.

DOMINIQUE FRIARD

ISP, Centre de santé mentale Hélène-Chaigneau, Gap (05).



LES AUTEURS

Cet ouvrage est issu du colloque *Épuisement professionnel : innovations théoriques et méthodologiques*, organisé par le Centre de recherche sur les risques et les crises de MINES ParisTech en décembre 2012 (1). L'objectif était de permettre à de jeunes chercheurs de tous les champs disciplinaires (psychologie, sociologie, management/ressources humaines...) de confronter leurs travaux sur le burn-out dans plusieurs types de métier. Ces auteurs constituent ainsi la « génération montante », à la pointe de la littérature scientifique internationale.

L'OUVRAGE

L'un des obstacles majeurs à la recherche sur le burn-out est l'absence d'une définition opérante, convaincante et consensuelle. Plus d'une cinquantaine de définitions

circulent. Certaines restreignent le burn-out aux professions soignantes, d'autres tentent de le définir comme un état voire comme la phase finale d'un processus. À cette conception statique, d'autres préfèrent une approche dynamique qui définit le burn-out comme un processus où se retranche un collaborateur, jusqu'ici impliqué, en réaction aux exigences et au fardeau de son travail.

Décrit dans plus de 60 métiers, le stress professionnel coûterait environ 200 milliards de dollars par an aux seuls États-Unis. En France, les estimations atteignaient de 1,9 à 3 milliards d'euros en 2007. Dix chapitres présentent différentes innovations théoriques et méthodologiques (voire empiriques), au travers d'approches concrètes de diagnostic ou de prévention du burn-out.

L'association entre burn-out et agressivité apparaît comme processuelle et fait intervenir des variables de contexte et d'autres individuelles. Parmi elles, la charge de travail est considérée comme le facteur de stress le plus important, indépendamment de la profession ciblée. Les rythmes et les cadences imposées provoquent une fatigue progressive du corps, puis des facultés émotionnelles et cognitives. L'ambiguïté des rôles correspond à un flou sur la manière d'agir où l'individu est livré à lui-même sans consignes claires. L'incertitude qui en résulte est génératrice de conflits entre des personnes qui ne savent plus où se situent les limites de leurs responsabilités et prérogatives.

Surchargés, manquant d'informations et d'orientations, les salariés peuvent provoquer des conflits interpersonnels. Les situations d'injustice au travail sont accompagnées d'un vécu émotionnel intense et ce quel que soit le domaine concerné. Les conflits naissant de l'interférence entre

sphères professionnelle et familiale jouent également un rôle important. Face à ces stressés, les ressources individuelles (notamment le sentiment d'auto-efficacité), collectives (soutien de la famille, des collègues et du supérieur hiérarchique) et organisationnelles ont des effets modérateurs.

Les travaux du psychologue Yves Clot sur l'architecture du métier permettent de modéliser une « boussole des ressources psychosociales » susceptible d'aider les encadrants à identifier les points d'équilibre et de déséquilibre d'une équipe. Les quatre instances identifiées par Clot permettent de regrouper différents leviers d'action.

– L'instance « Impersonnel » concerne la tâche, ce que l'organisation prescrit pour réaliser son travail.

– L'instance « Interpersonnel » rend compte du fait que le travail est effectué toujours pour et avec les autres. Le rôle de l'encadrant est ici de favoriser la coopération.

– L'instance « Personnel » intègre le style « personnel » qui est la façon que nous avons d'aborder l'activité professionnelle.

– L'instance « Transpersonnel » correspond au répondant collectif de l'activité personnelle, l'histoire qui se poursuit ou s'arrête à travers moi.

Au fil des interventions, l'ouvrage s'intéresse à des professions aussi diverses que les travailleurs sociaux, les aides-soignants, les chefs d'entreprise, les entrepreneurs de travaux forestiers ou les préparateurs de commandes de la grande distribution.

L'INTÉRÊT POUR LES SOINS

Aide-soignant, infirmier, cadre de santé, médecin..., chacun pourra trouver ici comment mettre en échec le burn-out. Il s'agit dans tous les cas de faire groupe et de prendre soin du groupe, chacun à sa place et de sa place. Dans l'analyse des pratiques ou la supervision, la mise en parole du travail, de son contenu, de ses pratiques (bonnes ou mauvaises), parce qu'elle met en travail nos valeurs, constitue probablement la meilleure des préventions.

1– Plus d'infos et les actes de ce colloque sont disponibles sur le site des MINES-ParisTech, www.mines-paristech.fr/Actualites/Epuisement-professionnel/339

Zawieja P., Guarnieri F. (dir.) *Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires*, Armand Colin, coll. Recherches, Paris, 2013-2014.

Burn-out : comprendre et accompagner

Le burn-out apparaît comme un syndrome en trois phases : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, le sentiment d'échec professionnel. Ces stades s'installent progressivement en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif. Chez les soignants, quand la relation d'aide « tombe malade », il faut mettre en œuvre non seulement des réponses individuelles et collectives mais aussi une réflexion éthique.



© Christian Fafet. No Face A n° 40, 2009.

- 24 **Définir le burn-out**
Michel Delbrouck

- 30 **Risques organisationnels et burn-out**
Christine Jeoffrion, Abdel Halim Boudoukha

- 36 **Burn-out, idéal du moi et désir**
Vincent Charazac

- 42 **La fatigue de soigner**
Pierre Canouï

- 48 **Le sentiment de satisfaction au travail**
Jean-Paul Lanquetin

- 54 **Retrouver le plaisir de soigner**
Martine Pacault-Cochet

- 56 **Reconnaissance au travail : mission impossible ?**
Bénédicte Vidaillet

- 62 **Le burn-out, une pathologie de civilisation**
Pascal Chabot

- 68 **« Toute ma vie, j'ai voulu être utile »**
Ariane Bilheran

- 74 **« Je ne sers à rien »**
Charly Cungi

- 82 **L'après burn-out**
Sabine Bataille

- 88 **Pour en savoir plus**
Ascodocpsy

Définir le burn-out

L'épuisement professionnel se caractérise par la survenue de trois phases : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et le sentiment d'échec professionnel. Histoire du concept et principales caractéristiques.

■ L'histoire du concept de burn-out commence en 1974, à New York. Un psychologue, Herbert Freudenberger, constate que des professionnels en santé mentale développent au contact de leurs patients un état d'épuisement particulier, accompagné de plaintes pour des douleurs diverses. Ces soignants montrent des difficultés à gérer les situations frustrantes et cultivent des sentiments de colère et de suspicion à l'égard de leur entourage. Ils deviennent butés, rigides, inflexibles et sont dans l'incapacité de fournir les efforts d'adaptation nécessaires à leur vie professionnelle. « *Certaines personnes sont parfois victimes d'incendie, comme une maison*, rapporte le psychologue. *Sous l'effet de la tension, leurs ressources en viennent à se consumer, comme sous l'effet de flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte.* » (1)

Aujourd'hui, la notion de burn-out (2) est passée dans le langage courant : dès que quelqu'un ressent de la fatigue ou est excédé par son travail, il clame au burn-out. Rappelons ce que nous entendons exactement par ce terme. Ce syndrome peut atteindre toute personne qui assume des responsabilités importantes ou est en relation d'aide au sens large du terme :

Michel DELBROUCK

Médecin, psychothérapeute, formateur, ex-président de la Société Balint Belge et de la Société Belge de Gestalt, Membre affilié de l'Institut International de Psychanalyse et de Psychothérapie Charles Baudouin (Genève), Maître de stage intra et post-universitaire.

dirigeants, cadres, avocats, entrepreneurs, soignants, enseignants, formateurs, journalistes, architectes, policiers, commerçants... Toutes les professions où la relation est primordiale sont susceptibles d'entraîner ce type de réaction. Cette notion peut être étendue à tout professionnel débordé par sa tâche.

Il paraît indispensable de distinguer épuisement professionnel (ou burn-out) et épuisement émotionnel, qui en est le premier stade et passe avec du repos. De même, la confusion peut régner entre burn-out et dépression, insatisfaction passagère ou durable au travail, stress au travail, démotivation ou envie de changement.

S'agit-il d'un processus ? D'un état ? Est-ce le stade final d'un mal-être qui se développe progressivement, avec l'accumulation continue du stress sans qu'aucune attitude de coping (3) ou d'adaptation ne soit adoptée ?

Du côté de la prise en charge, seuls les praticiens reçoivent des personnes en burn-out pathologique. La difficulté pour aborder et résoudre cette question réside dans le fait que les causes sont multiples, variées, collectives mais aussi que le soin est essentiellement individuel.

UN SYNDROME EN TROIS TEMPS

Le syndrome complet du burn-out comprend un trépied de phases progressivement évolutives :

- l'épuisement émotionnel ;
- la déshumanisation de la relation à l'autre ;
- le sentiment d'échec professionnel ou la diminution de l'accomplissement.

La plupart des personnes ne présentent heureusement que la première phase (près de 50 % de la population concernée, [4]).

Le burn-out, concept récent, ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique et peut mener à la dépression. Considéré au départ comme une maladie spécifique de la relation d'aide, il englobe et dépasse le stress et donne une perte du sens du travail. Le burn-out révèle un malaise existentiel singulier et social. Il pose la question du sens de la vie.

L'épuisement professionnel se rencontre surtout chez la personne qui poursuit des idéaux (5) élevés dans sa vie personnelle, familiale ou professionnelle, puisqu'elle consacre toute son énergie à atteindre un but irréaliste dans les conditions données, mais il peut aussi résulter d'un travail où on a l'impression de répéter la même routine, de tourner en rond, jour après jour, semaine après semaine, de s'ennuyer, de se sentir désorienté, de soupçonner les autres de ne pas nous apprécier... Dans ces cas, certains ont parlé de *bore-out* (6).

C'est à C. Maslach et S. Jackson (7) que l'on doit d'avoir éclairci le syndrome en trois stades décrits ci-dessous. Selon elles, le burn-out découlerait d'une inadéquation entre la personne et son contexte organisationnel. Ces auteurs abordent le burn-out à travers l'analyse de la relation de la personne avec son travail et notamment de l'existence d'un décalage entre ce qu'elle vit et six dimensions de l'organisation de son environnement :

- la charge de travail ;
- la reconnaissance de son travail ;
- le soutien de la communauté de travail ;
- le sentiment d'équité ou de justice au travail ;
- le respect des valeurs ;
- le respect du sens du sens donné à son travail.





© Christian Fafet, No Face A n°9, 2009.

L'artiste : Christian Fafet

Peintre, graphiste, photographe, Christian Fafet s'est mis à la création numérique en 2001, « *le hasard ayant mis un ordinateur sur ma route...* », explique-t-il. Les images de ce dossier, extraites de la série *No Faces*, sont ainsi toutes réalisées avec une palette graphique. Pour l'artiste, ce médium permet l'exploration de la matière avec une très grande liberté, ouvrant au jeu avec une œuvre non figée, en mouvement. Très réalistes, au point que l'on peut penser parfois à de la photographie, ces toiles explosent au regard du spectateur avec une grande intensité.

La question de l'individu est au cœur de cette série sans visages. Les silhouettes, compactes, de dos, se découpent sur des murs, des fenêtres sans horizon... Hachurées, raturées, brisées, elles se heurtent, se confrontent, vont « dans le mur » et semblent s'y dissoudre. Ces images puissantes, inquiétantes, évoquent la dureté du réel et les impasses sans espoir. Cette peinture engagée montre aussi la fragilité et la faiblesse humaines. Christian Fafet écrit : « *C'est un constat : l'humanité, tournant le dos à la vertu de l'homme, préfère s'écraser le visage contre le mur réaliste du vice. Je fais allusion aux notions de vice et de vertu développées par Adam Smith, grand dogmatique du libéralisme, et non à la morale judéo-chrétienne. C'est l'attitude actuelle des dirigeants de ce monde qui nous martèlent à longueur de temps "Cognons-nous, cognons-nous"... Mais le risque couru quand on n'a plus de visage est de n'être plus humain* ».

• **En savoir plus :** www.christian-fafet.com
À (re)voir également dans le numéro 159 de Santé mentale, juin 2011, La Famille dans les soins

• L'épuisement émotionnel

Premier stade du syndrome de burn-out, l'épuisement émotionnel est autant physique que psychique. Intérieurement, le sujet ressent une fatigue effective au travail, un sentiment d'être « vidé » et une difficulté à être en relation avec les émotions de l'autre, si bien que travailler avec certaines personnes devient de plus en plus difficile. Cette fatigue émotionnelle n'est pas ou peu améliorée par le repos. Toutes les tâches deviennent des corvées. Outre des sensations de vide émotionnel interne, on peut observer des explosions comme des crises d'énervement et de colère, mais aussi des difficultés cognitives à se concentrer marquées par des oublis de réponse à des demandes même anodines. Cet épuisement se heurte à l'incapacité à exprimer toute émotion : dans nos cultures, la personne compétente doit rester forte et n'exprimer aucune faiblesse. L'émotion risque donc d'être déniée et déviée par des comportements de contrôle. Ainsi, l'épuisement peut prendre l'aspect d'une froideur, d'une distanciation à l'autre.

Cet état est décrit dans la littérature américaine sous le nom de *John Wayne Syndrome*. À l'image du célèbre acteur dans ses rôles de cow-boy, la personne devient impassible et nie tous les problèmes, alors que les flèches et les balles sifflent à ses oreilles.

• La déshumanisation

Le stade de déshumanisation est la conséquence directe du premier : « *Puisque les émotions me débordent, mettons-les de côté !* ». Ce noyau dur du syndrome est marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle s'apparentant au cynisme. L'autre est chosifié. Pour le soignant, le malade devient un objet, un cas, un numéro de chambre. À ce stade, la personne fait un usage abusif et trop constant d'un humour grinçant et noir qui devient le mode d'échange journalier. Dans certains cas, cette dimension de dépersonnalisation s'exprime sous des formes plus acerbes comme des attitudes de rejet, voire de maltraitance. Le chef de chantier considère alors ses subordonnés comme des outils, des pièces destinées à faire tourner la machine et ignore l'être humain derrière sa fonction. Le médecin se retranche derrière une description scientifique du corps malade qui ne tient plus compte de l'état de santé globale de la personne.

Un point clé du diagnostic est évidemment le changement d'attitude du travailleur : en début de carrière, la personne était hypermotivée, chaleureuse. La transformation n'est cependant pas toujours facile à observer car elle s'installe insidieusement et sournoisement comme à l'insu de la personne et, pourrait-on dire, malgré elle. Paradoxalement, même les professionnels en relation d'aide développent cet état d'esprit.

• Le sentiment d'échec professionnel

Résultant des deux précédents, le sentiment d'échec ou diminution de l'accomplissement personnel est douloureusement vécue. À ce stade, la personne vit et exprime un sentiment d'inefficacité, de ne plus être capable de faire du bon travail et d'être frustrée par rapport au sens qu'elle donnait à son métier. Elle commence à douter d'elle et de ses capacités à aller vers l'autre. La dévalorisation de soi, la culpabilité et la démotivation apparaissent. Les conséquences sont variées et variables : absentéisme, motivé ou non, fuite du travail, projet de changer de métier ou à l'inverse présentéisme exacerbé (8). La réaction la plus fréquente est souvent une hyperactivité réactionnelle. La personne prolonge son temps de travail mais sa rentabilité et son efficacité ont diminué.

ÉVOLUTION DU CONCEPT

Le burn-out apparaît donc comme un syndrome à trois dimensions, en réponse à un stress émotionnel chronique et répétitif.

Une définition de Gil-Monte (9) reprend les données liées au stress chronique découlant d'un travail à caractère impersonnel et émotionnel. Se profile tout d'abord une détérioration cognitive. La personne vit une désillusion professionnelle qui peut aller jusqu'au désenchantement et à une impression de perte de réalisation personnelle au travail. Par la suite, une détérioration affective s'installe qui se manifeste par un épuisement émotionnel et une fatigue physique. Enfin apparaissent des attitudes et des conduites négatives qui vont être progressivement ou rapidement préjudiciables envers la clientèle, l'organisation et la famille.

SYMPTÔMES

Deux types de symptomatologie traduisent ce burn-out : des troubles psychiques et physiques.

• Manifestations physiques

En tout premier lieu, apparaissent l'épuisement physique et la fatigue. Viennent ensuite d'autres symptômes dont un certain nombre de plaintes plutôt atypiques. Dans

d'assurance, l'indécision, l'insatisfaction, l'impatience, la diminution de l'estime de soi, l'anxiété flottante, le sentiment d'impuissance, le sentiment de culpabilité, la culpabilité...

LES FACTEURS DE RISQUE

Les études (11) mettent en évidence que les personnes prédisposées au syndrome de burn-out possèdent de hautes valeurs morales et sont performantes et efficaces.



Il n'y a pas de solution durable si, au plus profond de sa démarche, la personne en burn-out n'accepte pas une remise en question et une réflexion philosophique, psychologique et éthique de son mode de fonctionnement. »

certains cas, ces symptômes physiques restent la seule manière dont le patient peut exprimer sa souffrance. Le médecin consulté devra décoder leurs signifiants plus larges et dépister un éventuel syndrome d'épuisement professionnel sous-jacent.

Nous citons comme symptômes majeurs les troubles du sommeil (réveils précoces, nocturnes, difficultés d'endormissement) qui alertent sur l'existence probable d'un état dépressif majeur. Viennent ensuite les troubles musculo-squelettiques (maux de dos, douleurs et contractions musculaires, douleurs articulaires...), les manifestations cardiovasculaires (poussées d'hypertension, palpitations, douleurs dans la poitrine...), les troubles digestifs (perte d'appétit, épisodes boulimiques, digestion difficile, douleurs dans l'abdomen, coliques, nausées, diarrhées...), la sphère neurologique et hormonale avec les migraines, les pertes d'équilibre, les vertiges, tremblements, troubles sensitifs, sueurs inhabituelles, les baisses d'énergie, les déséquilibres hormonaux. Enfin, nous pouvons observer l'installation de maladies organiques plus systématisées comme les ulcères d'estomac, l'hypertension artérielle sévère, les problèmes cardiaques majeurs, l'hyperthyroïdie...

Pour certains patients, ces troubles ou maladies physiques constituent les signes prémonitoires de ce burn-out. Les processus de somatisation peuvent être une voie d'entrée pour la prise de conscience de l'épuisement professionnel. Au soignant de permettre doucement de faire des liens...

• Manifestations psychiques

Les symptômes psychiques, inégalement repérables, montrent divers aspects :

– Des dysfonctionnements psychiques peuvent se manifester par la négation des échecs, l'oubli de soi, la perte du sens de l'humour, l'indifférence, le désintérêt, la dépersonnalisation, le manque

– Des symptômes émotionnels se manifestent sous la forme d'irritabilité, de cynisme, de colère, de crises de larmes ou de nerfs, de désespoir, d'agressivité, d'une sensibilité et d'une nervosité accrues, d'angoisse, d'excitation, de tristesse, d'une culpabilité excessive... Plus connus et plus facilement dépisables, ces symptômes sont parfois masqués par le sujet et leur prise de conscience sera un des objectifs du traitement.

– Des symptômes intellectuels – difficultés de concentration, distraction, erreurs fréquentes, pertes de mémoire, oublis... – dominent parfois le tableau clinique. Au fur et à mesure de l'aggravation de la situation, apparaissent des difficultés à prendre des initiatives, de la confusion, de l'insatisfaction, un sentiment d'impuissance et d'incompétence professionnelle, une nette perte d'estime de soi, des attitudes négatives de fuite ou d'opposition passive ou active.

– Des symptômes comportementaux se manifestent également par des comportements inhabituels pour la personne. Ce sont des modifications ou aggravations de troubles alimentaires, l'apparition de comportements violents et agressifs, des attitudes négatives, une perte ou une distorsion de ses valeurs, un isolement social (repli sur soi, difficultés à coopérer) et enfin des comportements addictifs comme la consommation de produits calmants ou excitants (café, tabac, alcool, somnifères, anxiolytiques, drogues douces ou dures...) ou de la cyberaddiction, de l'addiction au sport, au sexe...

Enfin, le désintérêt et même le dégoût pour un métier que la personne aimait tant vont l'envahir, porte ouverte à une aggravation de son état qui pourrait la mener vers un état dépressif majeur. Pour d'autres, la manifestation d'une tension interne qui grandit et d'un vide intérieur précédera la fatigue physique, émotionnelle ou mentale.

Par ailleurs, un certain nombre d'entre elles sont perfectionnistes et ne savent pas déléguer leurs tâches. Ce sont de grands travailleurs qui se croient indispensables, tentent de réussir trop de choses et sont convaincus que leur énergie ne leur fera jamais défaut.

Une certaine conception exigeante du travail, un sens de la « vocation » trop élevé, le maintien coûte que coûte d'une certaine image de soi et la recherche exagérée de la réussite sociale ou du pouvoir personnel sont des facteurs qui favorisent le développement et l'éclosion de ce syndrome.

On peut repérer des types de personnalités (12) plus exposées au burn-out : les personnalités dépendantes, obsessionnelles compulsives, narcissiques décompensées, évitantes, passives agressives. Les troubles anxieux primaires de même que les troubles bipolaires mineurs ou majeurs feront l'objet d'une attention particulière. Nous ajouterons à ces facteurs l'alimentation anarchique, le non-respect de l'horloge biologique, la sédentarité excessive, l'absence de vie intérieure et de pensée positive, les abus d'excitants et de médicaments, la mauvaise organisation de son temps de vie, les paradis artificiels comme l'argent, le jeu, l'alcool, la drogue, le shopping sexuel, la recherche absolue du pouvoir et/ou de la reconnaissance et la boulimie. Une certaine prédisposition au stress, une incapacité de se reposer sans se sentir coupable, le désir impérieux d'être reconnu et récompensé, la tendance à faire plusieurs choses à la fois, le besoin de gagner ajouté à la souffrance lorsque l'on perd constituent des facteurs additionnels. De même que la surcharge de travail au quotidien, les arrivées tardives systématiques, les délais peu réalistes pour réaliser ces tâches, les urgences, les fréquentes heures supplémentaires, les programmes trop serrés, les imprévus qui deviennent désastre et catastrophes, les surcharges de travail, le goût

excessif pour la compétition, les multiples projets à délais trop courts, l'inorganisation ou le manque de structuration et d'organisation, l'impatience et le manque d'anticipation...

Les facteurs de stress internes (histoire personnelle et/ou familiale chaotique, passé dépressif, antécédents de traumatismes par négligence ou par excès...) et externes (harcèlement professionnel, environnement agressif, excès de bruit, insalubrité...) seront à dépister et à traiter.

DÉNI ET PRISE DE CONSCIENCE

La personne qui développe un burn-out y entre très progressivement. Des indices fournissent des pistes pour éviter que ce processus ne se développe vers des stades de gravité plus importants. La mise en évidence de facteurs prédictifs du burn-out permet aussi de le dépister et le prévenir chez les étudiants (12), les jeunes cadres, ou les personnes à responsabilités.

Les étapes du burn-out se présentent dans un ordre quasi habituel. Il débute par un enthousiasme idéaliste, où le travail promet de tout combler, avec une suridentification avec la clientèle et une dépense d'énergie excessive et inefficace. Par la suite, une stagnation s'installe où le travail n'est plus perçu comme aussi excitant et n'est plus le substitut de tout dans la vie. La personne traverse ensuite une période de frustration pendant laquelle elle s'interroge sur son efficacité au travail et sur la pertinence et la valeur du travail comme tel, et enfin une apathie où elle se sent chroniquement frustrée au travail mais

en a besoin pour survivre. Elle travaille alors le minimum de temps requis, évite si possible les défis et les clients, et se protège de tout ce qui pourrait mettre en danger cette pseudo-position de sécurité qui semble compenser son mal-être, de manière inadéquate toutefois, pour la satisfaction au travail. On observe parfois un absentéisme important et des difficultés de réadaptation fonctionnelle au travail.

Toute la panoplie des mécanismes de défense ou d'évitement s'installe : déni, désensibilisation, projection, refoulement, identification projective. Mais la personne continue inexorablement, sans écouter son corps, les appels désespérés de ses proches et les mises en garde de ses collègues à poursuivre son travail effréné et même parfois à en rajouter. Poussée dans ses derniers retranchements, elle finit par « craquer », décompenser, déprimer ou présenter une ou des affections physiques qui l'obligeront malgré elle à s'arrêter contrainte et forcée.

Lorsque la personne en burn-out vient consulter, il va lui falloir un certain temps pour prendre conscience et accepter sa situation. Comme dans le cas du deuil, d'une maladie ou d'un accident, la personne passe par une série d'émotions et d'états d'esprit avant d'accepter son problème. Le thérapeute doit la soutenir dans ces étapes de déni ou de refus et l'accompagner dans la découverte de ce qu'elle a toujours refusé consciemment ou inconsciemment. Parallèlement, il mesure le degré de gravité du burn-out, à quel stade d'évolution le patient se situe et quels sont les

facteurs pronostics qui vont lui permettre de bénéficier de l'aide requise en fonction de ces trois niveaux. Ceci va influencer le diagnostic et la prise en charge.

FACTEURS ÉTIOPATHOGÉNIQUES

Certaines conceptions sur l'origine et la prise en charge du burn-out risquent de freiner le processus de délivrance au lieu de le favoriser. Nous voulons éviter les visions univoques tant au niveau causal qu'au niveau curatif. Le développement de nouvelles conceptions étiopathogéniques (13), avec le modèle bio-psycho-social, vise à contourner cet écueil. Les facteurs étiologiques sont en effet multiples, interconnectés, interactifs et complémentaires. Le professionnel dans sa toute-puissance risquerait de figer et de renforcer la situation bloquée. L'approche systémique de circularité aide à dépasser celle de la causalité directe et donne paradoxalement « de la capacité à agir ». Tout changement, si minime soit-il, d'un seul paramètre du système le fait déjà faire évoluer. Inversement, isoler une seule cause et le traitement qui s'y rapporte risque d'amener à terme un échec.

La collaboration du patient demeure donc essentielle car c'est lui qui va engager le processus du changement là où il lui paraîtra plus aisé consciemment ou inconsciemment d'agir. Nous comprenons combien humilité, gestion de la honte et de la compétence professionnelle demeurent indispensables. Chaque patient jugera et ira là où il se sent prêt à aller investiguer. Nous partions donc de la surface pour aller vers le cœur, vers le plus profond, du plus simple au plus complexe, en sachant que les causes et les solutions sont et resteront multifactorielles. Toutes les hypothèses, qu'elles soient sociologiques, environnementales, comportementales, psychologiques et psychanalytiques, de même que biologiques ou basées sur les récentes découvertes des neurosciences, seront à envisager du point de vue étiopathogénique.

LE CONTEXTE DE TRAVAIL

Selon P. Canoui et d'autres auteurs, le burn-out est lié étroitement aux facteurs de travail et à l'environnement. Dans ce type de conception, le burn-out est indissociable du contexte de travail. Bien que nous soyons pour une approche plus globalisante, évoquons sans les développer quelques facteurs composants cette hypothèse sociologique (14).

À lire. Comment traiter le burn-out.

Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel

Le burn-out, syndrome d'épuisement professionnel, affecte l'ensemble des catégories sociales. Dépisté trop tardivement, ce syndrome peut déboucher sur une dépression sévère, parfois accompagnée de répercussions physiques sérieuses. Confronté quotidiennement au vécu de ses patients, Michel Delbrouck dresse dans cet ouvrage un panorama exhaustif et détaillé de la prise en charge du burn-out. Il décrit le syndrome, les différentes phases et passe en revue les facteurs étiopathogéniques et les fondements philosophiques de la pathologie afin de permettre de mieux la détecter et d'en évaluer le degré d'intensité. Suivant un modèle évolutif, il propose un traitement efficace en dix phases pour avancer à son rythme. Combinant outils de prévention et pistes de traitement, ce guide pratique s'adresse aux thérapeutes, psychologues et responsables des ressources humaines.

• M. Delbrouck, Bruxelles, De Boeck, 2^e éd. 2013, 461 p.

Et aussi : Le burn-out du soignant

Fruit d'une collaboration internationale, cet ouvrage constitue une référence en matière d'analyse conceptuelle et étiologique du syndrome d'épuisement professionnel des personnels de santé. Dépassant le cadre théorique, il est aussi un outil d'autoévaluation pour le soignant, et de pistes de concrètes de gestion du burn-out.

• M. Delbrouck, Bruxelles, De Boeck, rééd. 2011.

• Facteurs spécifiques à l'activité professionnelle

Certains éléments concernent le type de travail effectué :

- le volume et les exigences du travail ;
- le manque de reconnaissance et de soutien au travail ;
- le rythme de travail ;
- les aspects psychologiques vécus au travail ;
- les critères de pénibilité au travail (pour les soignants notamment) ;
- les facteurs de stress psychosociaux.

• Facteurs organisationnels et relationnels

Quelle que soit l'activité, elle suppose différentes structures et processus opératoires. Dans ce registre, les facteurs de risque sont :

- l'ambiguïté de rôles ;
- le conflit de rôle dans la répartition des responsabilités et dans les tâches ;
- la nature des relations émotionnelles et sociales entre les collègues, entre le patron et ses subordonnés ;
- la structure de l'organisation ;
- les difficultés relationnelles avec le client ou le patient ;
- le harcèlement moral ou professionnel.

• Facteurs liés à l'environnement professionnel

Dans ce registre, on relève que les raisons pour lesquelles un collaborateur décompense sont souvent liées à des changements dans les lois de l'économie ou du marché. Le burn-out prend ainsi racine sur des terrains où les conditions dans lesquelles le métier s'exerce changent ou doivent être relativisées.

EN CONCLUSION

Le concept du burn-out peut être étendu à l'ensemble des situations de l'homme en relation d'aide et de l'homme « simplement » au travail. Bien que ce syndrome puisse devenir une maladie et déboucher sur une dépression sévère, et/ou sur

de sérieuses répercussions organiques, vivre un burn-out peut pourtant être un formidable clin d'œil de la vie ou à la vie. Cette implication trop importante dans la vie professionnelle par rapport à la vie privée peut résonner comme un signal d'alarme pour qui sait l'entendre. Quel sens cela a-t-il pour la personne qui consulte ? Avec le recul de quinze ans de prise en charge du burn-out, nous pensons que celui qui a la capacité d'oser s'arrêter et analyser ce qu'il a vécu et ce qu'il est en train de vivre, acquiert une chance inouïe et inespérée de modifier sa trajectoire de vie avant qu'il ne soit trop tard.

Un fossé existe entre les idéaux défendus par ces personnes et les contraintes de la réalité de terrain, ce qui oblige une adaptation de la posture thérapeutique pour soigner le burn-out, modifiée par rapport au modèle médical ou psychothérapeutique habituel. Car ce qui caractérise la personne en burn-out, contrairement à une personne qui entame une psychanalyse ou une psychothérapie, c'est que la seconde recherche une réflexion consciente et volontaire par rapport à elle-même. Alors que dans le cas de l'épuisement professionnel, ce sont les événements de vie ou bien la symptomatologie physique, le corps qui n'en peut plus qui vont déclencher ou « forcer » quelque peu la démarche.

1– Freudenberg H., *L'Épuisement professionnel. La brûlure interne*, Québec, Gaétan Morin éditeur, 1987.

2– Le terme vient de l'anglais to burn : se consumer.

3– Le Coping décrit des stratégies d'ajustement que l'on adopte en fonction des agents stressants. Ils peuvent être orientés vers la diminution de la réaction de stress ou vers le contrôle de la situation stressante.

4– Voir Delbrouck M., *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel* Bruxelles, de Boeck, 2008.

5– Voir *La notion de Moi idéal dans les hypothèses étiopathogéniques*, in Delbrouck M., *Comment traiter le burn-out, principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel*, Bruxelles, de Boeck, 2011, p. 54.

6– Le terme vient de l'anglais to bore, ennuyer.

7– C. Maslach & S.E. Jackson, *Burnout in health professions : a social psychological analysis*, in G.S. Sanders & J. Suls (Eds.), *Social Psychology of Health and Illness*, London, Laurence Erlbaum Associates, 1982.

8– Le présentisme s'oppose à l'absentéisme et désigne la présence abusive de la personne sur le lieu de travail, menant à un état pathologique de surmenage (personne démotivée, fatiguée, peu productive et souffrant de somatisations diverses).

9– P. Gil-Monte, B. Moreno & J.-P. Neveu, 2006, cité in S. Claeys, *Quand le travail agresse le professionnel ou le burn-out de l'intervenant en violence scolaire, mémoire en vue de l'obtention du Master en psychologie*, Université Catholique de Louvain, promoteur professeur B. Galant, p. 265.

10– Sur les types de personnalités, voir Delbrouck M., *Comment traiter le burn-out*, Bruxelles, De Boeck, 2011, chapitre 8, p. 147.

11– Maslach C., Leiter M., *Burn-out, le syndrome d'épuisement professionnel*, Paris, Ed. Arènes, 2011.

12– Évaluer les traits et les troubles de la personnalité in Delbrouck M., *Comment traiter le burn-out*, opus cité p. 89. Pour les facteurs prédictifs de burn-out chez les étudiants en médecine, voir M. Delbrouck, *Le Burn-out du soignant*, Bruxelles, De Boeck, chapitre 6, p. 139.

13– Étiopathogéniques : étiologiques (origine) et pathogéniques (mode de fonctionnement).

14– Cet aspect est développé dans Delbrouck M., *Comment traiter le burn-out*, opus cité, p. 44-66.

BIBLIOGRAPHIE

- Canoui P., Maurange A., (1998), *Le syndrome d'épuisement professionnel. De l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris, Masson, 2001.
- Delbrouck M. (2007), *Psychopathologie, manuel à l'usage du médecin et du psychothérapeute*, Bruxelles, De Boeck, 2^e édition, 2013.
- Lebrun J.-P., *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.
- Revue Balint Belge, n°103, *Le travail, c'est la santé ? Nos patients souffrant au travail*, Bruxelles.
- Salathe N. K., *Psychothérapie existentielle, une perspective gestaltiste*, Paris, Amers, 1992.
- Winckler M., *La maladie de Sachs*, Paris, POL éd, 1998.

Résumé : Concept relativement récent, le syndrome du burn-out ou épuisement professionnel touche toutes les catégories professionnelles. Il se développe selon un trépied, progressif qui comprend l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, le sentiment d'échec professionnel ou la diminution de l'accomplissement. L'auteur, médecin, psychothérapeute et spécialiste du burn-out en particulier chez les soignants, en présente des symptômes physiques et psychiques, les facteurs de risque, ceux liés à l'individu et à l'environnement. Multifactoriel, le burn-out appelle une prise en charge globalisante.

Mots-clés : Clinique – Concept – Dépersonnalisation – Déshumanisation – Échec – Épuisement professionnel – Expression de l'émotion – Facteur de risque – Mécanisme de défense – Prise en charge – Somatisation – Souffrance psychique – Travail.

Risques organisationnels

Parmi les Risques psychosociaux (RPS) au travail, le burn-out occupe une place particulière. S'il trouve une partie de ses racines dans des facteurs individuels, l'environnement de travail ne peut en être exclu : le burn-out est avant tout le résultat produit par des contextes situationnels, même si ce phénomène se traduit essentiellement au niveau de l'individu. Notre première partie s'attachera donc à définir les RPS et le burn-out. La deuxième partie sera l'occasion de présenter les facteurs de risque organisationnels, traversés par la question du changement organisationnel, et leurs répercussions sur la santé mentale des salariés. Enfin nous proposerons des pistes de prévention de la santé psychologique au travail.

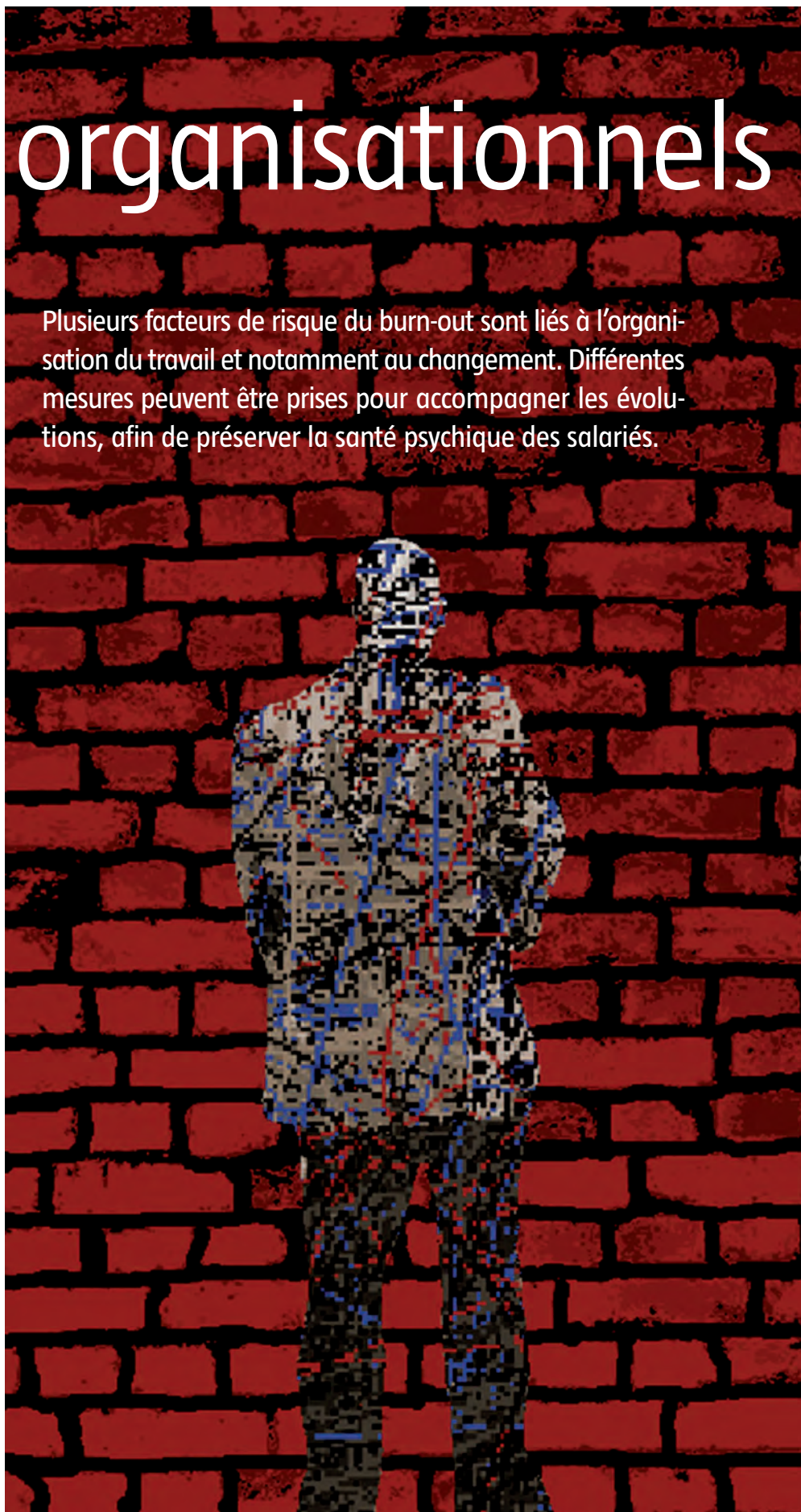
LES RPS DANS LA LOI

Le droit du travail a pendant longtemps privilégié le versant physique de la protection de la personne. Les évolutions démographiques, sociales et économiques ont incité le législateur à intégrer à la politique de prévention des risques professionnels une dimension psychique avec les risques dits « psychosociaux ». Cette volonté entre en conformité avec la définition de l'OMS selon laquelle « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social ». La prévention des RPS s'inscrit en France dans l'obligation générale de prévention des risques professionnels : tout employeur a l'obligation de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés qu'il emploie (loi du 31 décembre 1991) (1). La loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 (2) a

Plusieurs facteurs de risque du burn-out sont liés à l'organisation du travail et notamment au changement. Différentes mesures peuvent être prises pour accompagner les évolutions, afin de préserver la santé psychique des salariés.

Christine JEOFFRION*,
Abdel Halim BOUDOUKHA**

*Maître de conférences HDR
en psychologie sociale, du travail et des
organisations, **Maître de conférences
HDR en psychologie clinique,
Université de Nantes, Laboratoire de Psychologie
des Pays de la Loire.



et burn-out



© Christian Fafet. No Face A n° 14, 2009.

complété cette législation en ajoutant l'obligation de prendre en compte les risques psychosociaux au même titre que les autres risques professionnels.

Selon Nasse et Légeron (2008), les RPS sont des « *risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental* » (p. 49). Ils résultent donc d'une combinaison entre les dimensions individuelles, collectives et organisationnelles de l'activité professionnelle. Il est cependant nécessaire de distinguer la notion de « *risque* », à savoir la probabilité d'y être confronté, de celle de « *trouble* » en tant que conséquence d'une exposition aux risques (Montreuil, 2011).

Le premier accord-cadre européen signé le 8 octobre 2004 (3) a été exclusivement consacré au stress, considéré dans de nombreuses études internationales comme le premier risque psychosocial. Le stress en tant que risque est donc à relier ici à l'organisation du travail, notamment son intensification et les changements mis en place... On parle alors d'agents stressés. Mais le stress, du point de vue des salariés, peut aussi être considéré comme un trouble, une conséquence : les salariés « *stressés* » décompensent de différentes manières : troubles musculo-squelettiques (première maladie professionnelle répertoriée) (Roquelaure et al., 2006), burn-out (Boudoukha, 2009)... Considéré comme une conséquence spécifique de stress notamment professionnel, le burn-out occupe une place telle qu'il est nécessaire de revenir sur une définition consensuelle.

LE BURN-OUT : UNE SOUFFRANCE PROFESSIONNELLE ?

Le burn-out est un terme introduit par Bradley dès 1969 pour décrire des personnes présentant un stress particulier et massif en raison de leur travail. Il qualifie aujourd'hui la souffrance psychique intense que ressentent des sujets en raison d'une activité (professionnelle ou non) impliquant un investissement relationnel important (Boudoukha, 2009). Plus précisément, le burn-out est décrit comme un syndrome tridimensionnel composé par un épuisement émotionnel, une forme de désinvestissement de la relation à l'autre et enfin par une diminution du sentiment d'accomplissement personnel (Maslach & Jackson, 1991) (voir aussi l'article de M. Delbrouck, p. 24).

– L'épuisement émotionnel réfère à une sensation de restriction ou de souffrance lors du ressenti ou de l'expression des émotions. Il est d'autant plus intense que le sujet semble ne disposer d'aucun moyen de régulation émotionnelle.

– Le désinvestissement ou désengagement de la relation à l'autre se traduit par une attitude négative et détachée de la personne envers autrui qui peut être traitée comme un objet.

– Enfin, la diminution du sens de l'accomplissement et de la réalisation de soi est une forme de sentiment d'inefficacité personnelle. Cette perte de confiance en soi résultant de ce type d'attitude est associée à des états dépressifs importants et à une incapacité à faire face aux obligations. La forte sensation d'être inefficace peut aboutir à long terme sur un verdict d'échec que l'individu s'impose et dont les conséquences peuvent être particulièrement graves.

Le burn-out a été initialement identifié chez des personnels médico-sociaux en souffrance (Freudenberger, 1974). Or, les recherches montrent que la relation à l'autre chronique et stressante est un élément clé dans l'expression et le développement du burn-out, ouvrant progressivement l'étude du burn-out vers d'autres domaines comme le sport (Smith, Lemyre, & Raedeke, 2007), l'enseignement (Breninkmeijer, Van Yperen, & Buunk, 2001), ou encore la sécurité (Boudoukha, Hautekeete, Abdellaoui, Groux, & Garay, 2011). Comme le propose Boudoukha (2009), il paraît donc primordial de faire une distinction entre deux formes de burn-out :
– le burn-out en tant qu'objet de recherche. Il s'agit de la souffrance plus ou moins intense qu'expriment des professionnels mesurée à l'aide d'instruments validés.
– le burn-out en tant que concept psychopathologique. Il désigne l'état des personnes



© Christian Fafet. No Face A n° 11 (détail), 2009.

qui souffrent tellement des stress relationnels chroniques auxquels elles sont exposées que leur mal-être clinique nécessite une prise en charge psychothérapique. Pour le distinguer du précédent, les termes de « *burn-out pathologique* », de « *burn-out dysfonctionnel* », « *burn-out clinique* » ou encore trouble de burn-out sont plus appropriés.

Quelle que soit la forme étudiée, l'environnement plus global dans lequel il prend naissance (organisation de l'entreprise, administration, famille, relation...) est une variable importante. Dans un contexte professionnel, ce sont alors les facteurs de risque psychosociaux qui devront nécessairement être pris en compte.

LES FACTEURS DE RISQUE

Un Collège d'expertise de suivi des RPS a sélectionné des « *variables à mesurer* » en vue d'élaborer des indicateurs de

RPS, qu'il nomme les « *facteurs psychosociaux de risque au travail* » (Gollac & Bodier, 2011). Ces facteurs sont au nombre de six.

– **L'intensité du travail et le temps de travail** : ce facteur étend les concepts de « *demande psychologique* » (Karasek, 1979) et d'« *efforts* » (Siegrist, 1996). Les déterminants immédiats renvoient d'une part à la durée et l'organisation du temps de travail (nombre d'heures et de jours travaillés...) et d'autre part à son intensité et à sa complexité (objectifs flous...).

– **L'exigence émotionnelle** renvoie au fait de devoir contrôler ses émotions, afin de maîtriser celles des personnes avec lesquelles on travaille. C'est souvent le cas dans les emplois où l'on est en contact avec un public (élèves, patients...).

– **L'autonomie au travail** explore la latitude décisionnelle (Karasek, 1979), en incluant la marge de manœuvre du salarié, sa

participation dans la prise de décisions le concernant et aussi l'utilisation et le développement de compétences.

– **Les rapports sociaux au travail** se mesurent à travers le soutien social perçu (Karasek & Theorell, 1990) de la part des collègues et de la hiérarchie, et/ou des partenaires extérieurs. Il est en lien avec les concepts d'intégration, de justice organisationnelle et de reconnaissance (Bagger, Cropanzano, et Ko, 2006). Les relations avec les collègues sont à comprendre par rapport à la coopération. Les formes plus abstraites de la relation à l'entreprise comme la rémunération ou les perspectives de carrières, sont aussi à prendre en compte. Les formes de violence interne à l'entreprise ont toute leur importance : insultes, harcèlement moral ou sexuel...

– **La souffrance éthique** fait partie des rapports sociaux au travail, mais renvoie essentiellement aux conflits de valeurs.

– **L'insécurité de la situation de travail** comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail.

D'autres facteurs méritent également d'être considérés : le genre, l'âge, l'origine sociale, le niveau scolaire, la trajectoire professionnelle et les éléments relatifs au statut socioprofessionnel.

LE CONTEXTE DU CHANGEMENT

Nombre d'auteurs s'accordent pour désigner les transformations modernes d'organisation du travail comme facteur d'explication à l'intensification de la souffrance au travail. Ainsi, mondialisation, restructurations, nouvelle organisation, affaiblissement des collectifs de travail, se situeraient bel et bien en amont des souffrances au travail.

Le contexte contribue à légitimer des pratiques professionnelles dysfonctionnelles, plus fréquentes dans les organisations présentant une centration interne comme les administrations, les établissements médicaux et sociaux (Viaux et Bernaud, 2001). Paradoxalement, les institutions censées aider, soigner, rendre service sont celles où les pratiques harcelantes sont les plus fréquentes (Desrumaux-Zagrodnicki, 2003).

Les conséquences de ces différents facteurs sur la santé physique et psychique des salariés sont nombreuses. Selon Boudoukha et Jeoffrion (2013), ces éléments peuvent avoir des effets sur la tension, mais aussi sur le sommeil, les troubles musculosquelettiques, cardiovasculaires,



digestifs, rhumatologiques, ou la prise de poids, les troubles endocriniens, digestifs... Les effets s'exercent également sur la peau, l'asthme, le cancer et les maladies chroniques.

Concernant les conséquences sur la santé psychique, le burn-out est de plus en plus fréquent, de même que les séquelles psychologiques car les salariés sont également confrontés à des situations traumatisantes (agressions, violences verbales, harcèlement, décès de collègues, d'usagers...). Les répercussions sont alors de divers ordres :

- émotionnelles (choc, terreur, culpabilité, anxiété, hostilité, dépression...);
- cognitives (affaiblissement ou diminution des capacités);
- somatiques (perturbation du sommeil avec insomnies, cauchemars), ou psychosomatiques;
- comportementales (stratégies d'évitement, retrait social, stress interpersonnel, voire abus de substance).

Les cas de dépression et de troubles psychosomatiques sont nombreux, résultant d'un état d'anxiété chronique et s'accompagnant d'un ensemble de symptômes (ralentissement psychomoteur, humeur triste, pensées morbides...) et un risque de passage à l'acte. Les conséquences sont aussi importantes sur le plan organisationnel, puisque les arrêts maladies, les turn-overs ou les départs d'une organisation génèrent des coûts financiers parfois importants.

MODALITÉS DE PRÉVENTION DES RPS

Le changement organisationnel, qui traverse la notion de RPS, permet aux organisations « *de répondre au problème crucial de l'adaptation à l'environnement dont elle se nourrit et dont elle dépend* » (Perret, 1996, p. 2).

La question à se poser devient alors : est-ce que ce sont les changements qui posent problème ou la façon de les appréhender ? Comment expliquer les inégalités de ressources des salariés face aux changements ?

• Les représentations du changement

Une voie d'entrée insuffisamment explorée semble être celle des représentations que les acteurs ont du changement. Elles vont en effet influencer les choix, les objectifs, les actions des agents de changement et des destinataires, qui sont les acteurs de l'organisation quels que soient leur niveau hiérarchique et leur maîtrise

du projet de changement. Ces représentations ont un pouvoir d'orientation et de structuration de l'action (Jeoffrion, 2013). Au cours de notre intervention auprès de deux structures médico-sociales en cours de fusion (Jeoffrion & Barré, 2011), nous avons travaillé sur les représentations des salariés (cadres et non cadres). Ce travail individuel a fait l'objet d'un partage des représentations en grand groupe, et a permis de se rendre compte que les salariés, au-delà des résistances exprimées, partageaient une vision commune du changement présenté comme « *un mal nécessaire* » favorisant une clarification des fonctions de chacun, et donc aussi une amélioration souhaitée de l'ambiance de travail. Des obstacles ont pu ainsi être franchis, et chacun est devenu acteur du changement, en y apportant les modulations qui lui semblaient importantes, au lieu de se réfugier dans une conduite d'hostilité qui, à long terme, pouvait les rendre vulnérables. De même, Sarnin, Bobillier Chaumon, Cuvillier, et Grosjean (2012) ont observé que le rôle le plus important qu'ils ont pu jouer dans la prise en charge des souffrances au travail au sein d'une grande entreprise est d'avoir participé à l'évolution des représentations de l'encadrement.

• Développer des compétences sociales des professionnels

La dimension relationnelle est primordiale dans le développement de l'épuisement émotionnel, du désinvestissement et du sentiment d'inefficacité personnelle. Il est donc nécessaire d'y intégrer une dimension assertivité-affirmation. L'assertivité (fait d'exprimer son point de vue et ses intérêts avec aisance, sans anxiété et sans dénier ceux des autres) trouve son origine avec le concept d'assertion (acte de parole par lequel un locuteur pose une proposition comme vraie) qui recouvre une gamme large de comportements (Boisvert & Beaudry, 1979). La taxonomie de Lazarus (1973) distingue quatre grandes catégories d'assertion :

- l'expression des émotions positives ou négatives appropriées;
- le refus des demandes déraisonnables;
- la demande raisonnable de services ou de faveurs;
- et enfin l'art de la conversation, c'est-à-dire savoir amorcer, soutenir et clôturer une conversation.

Dans le cadre du travail, la non-expression des émotions adaptées, l'acceptation

de demandes déraisonnables, ou encore la difficulté voire l'incapacité à faire des demandes raisonnables de services, ont des conséquences professionnelles. Aussi, la mise en œuvre d'ateliers de gestion des compétences sociales destinés aux managers, décideurs et employés permet par une action collective, de diminuer des conséquences psychiques individuelles.

• Encourager un management participatif

Sur la base d'audits de climat social réalisés dans des dizaines d'entreprise de différentes tailles et de différents secteurs d'activité, Landier (2010) montre que ce ne sont pas tant les changements qui sont critiquables, car souvent inévitables, mais bien la façon dont ils sont menés. Selon l'auteur, les réformes décidées par le haut, puis imposées aux salariés, ont pour effet bien souvent de détruire les collectifs de travail. À cela s'ajoute la place de plus en plus importante des messages électroniques qui remplacent les échanges de vive voix entre collègues. Enfin, « *l'unité de lieu, de temps et d'action, qui caractérisait l'entreprise traditionnelle, a ainsi laissé place à "l'entreprise nomade", fondée sur des processus décidés de l'extérieur et non plus sur la coopération entre personnes impliquées dans un même projet* » (p. 85).

Divers autres travaux montrent l'intérêt de favoriser la participation des salariés pour faciliter la mise en place de changements. C'est notamment ce que Kouabenan, Dautre, Dubois et Joud (1997) révèlent à partir de l'analyse de l'introduction d'une démarche qualité au sein de deux structures, tout en relativisant certaines de leurs observations.

Intéressé par ces questions, Colombat (2012) a proposé le concept de « *démarche participative* » dans les structures de soins (4). Étayée par deux études de terrain qui essaient d'établir une cohérence entre la souffrance ressentie, le management participatif et la qualité de vie au travail, sa démarche est fondée sur le désir de mettre en exergue « *l'importance des relations sociales et interprofessionnelles, la nécessité de clarifier le rôle des intervenants et leur place dans l'équipe de soins* » (p. XIX). Le management participatif proposé vise à améliorer la qualité de prise en charge des patients en passant par l'amélioration de la qualité de vie au travail des soignants.

CONCLUSION

La prévention des RPS et du burn-out est un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs du monde du travail. Pour l'employeur, elle permet d'éviter des dysfonctionnements organisationnels et des coûts directs et indirects. Pour les autres acteurs de la prévention (CHSCT, médecins du travail, syndicats...), elle contribue à la protection de la santé physique et psychique des salariés. Elle est inévitablement liée à la question du changement organisationnel et à celle des valeurs que l'on souhaite promouvoir. Ce n'est pas uniquement l'individu qu'il faut soigner, mais également son environnement professionnel (Légeron, 2011). Il est donc primordial d'articuler une prise en charge individuelle et organisationnelle.

1- Loi 91-1414 du 31/12/1991 modifiant le code du travail et de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail.

2- Loi n° 2002-73 du 17/01/2002 de modernisation sociale.

3- Framework agreement on work-related stress, accord-cadre européen du 8 octobre 2004.

4- Le concept de démarche participative repose sur quatre points : la formation interne de l'équipe ; le projet de service, ou plus généralement la démarche projet, qui permet à l'équipe, à partir d'une difficulté de fonctionnement, de s'approprier le problème et de faire des propositions pour le résoudre ; les staffs pluriprofessionnels ; le soutien aux équipes qui permet d'analyser les difficultés à l'origine d'une situation de crise et de proposer des processus d'adaptation ou des solutions, avec un psychologue externe.

BIBLIOGRAPHIE

– Bagger, J., Cropanzano, R., & Ko, J. (2006). La justice organisationnelle : définitions, modèles et nouveaux développements. In E. Arkemi, S. Guerreo, & J.-P. Neveu (Eds.), *Comportement organisationnel* (Vol. 2) (pp. 25–45). Bruxelles : De Boeck.

– Bradley, W. B. (1969). Community-based treatment for young adult offenders. *Crime and Delinquency*, 15(3), 359–370.

– Boisvert, J.-M., & Beaudry, M. (1979). *S'affirmer et communiquer*. Québec : Les éditions de l'homme.

– Boudoukha, A. H. (2009). *Burn-out et Traumatismes Psychologiques*. Paris : Dunod.

– Boudoukha, Hautekeete, Abdellaoui, Groux, & Garay, (2011) Burnout et victimisations : effets des agressions des personnes détenues envers les personnels de surveillance. *L'Encéphale*, 37(4), 284–292.

– Boudoukha, A. H., & Jeoffrion, C. (2013). Les risques psychosociaux. Formation proposée au Groupe pluridisciplinaire de réflexion sur les Risques Psychosociaux (Présidence de l'Université). Université de Nantes, 19 février.

– Brenninkmeijer, V., Van Yperen, N. W., & Buunk, B. P. (2001). I am a better teacher, but other are doing worse : Burn-out and perceptions of superiority among teachers. *Social Psychology of Education*, 43(3–4), 259–274.

– Clot, Y. (2010). *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*. Paris : La Découverte.

– Colombat, P. (Ed.). (2012). *Qualité de vie au travail et management participatif*. Rueil-Malmaison : Lamarre.

– Colquitt, J. A., & Greenberg, J. (2003). Organizational justice : A fair assessment of the state of the literature. In J. Greenberg (Ed.), *Organizational behavior : The state of the science* (2 ed.) (pp. 165–210). Mahwah, NJ, US : Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

– Desrumaux-Zagrodnicki. (2003). Harcèlement moral au travail : sortir du silence et créer des liens. *Le Journal Des Psychologues*, 212.

– Elovainio, M., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2002). Organizational Justice : Evidence of a new psychological predictor of Health. *American Journal of Public Health*, 92(1), 105–108.

– Freudenberg, H.J. (1974). Staff burn-out. *Journal of Social Issues*, 30, 159–165.

– Garcia, A., Hacourt, B., & Thomas, V. (2005). Violences au travail : Facteurs organisationnels pouvant générer des violences physiques et du harcèlement sexuel et moral sur les lieux de travail. Louvain : Université Catholique de Louvain.

– Gollac, M., & Bodier, M. (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, faisant suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé*.

– Jeoffrion, C. (2013). Des représentations sociales comme vecteurs de changement aux diagnostics et à l'accompagnement des changements organisationnels : Identification des facteurs de risques psycho-socio-organisationnels pour la prévention de la santé psychologique au travail. Habilitation à diriger des recherches. Université de Nantes.

– Jeoffrion, C., & Barré, S. (2011). Accompagner le processus de changement lors d'une fusion : réflexions autour d'une expérience d'intervention psychosociale en organisation. *Psychologie Du Travail et Des Organisations*, 17, 90–107.

– Jeoffrion, C., Hamard, J.-P., Barré, S., & Boudoukha, A. H. (in press). *Diagnostic organisationnel et prévention*

des risques psycho-sociaux dans un établissement d'accueil pour personnes âgées : l'intérêt d'une approche mixte et participative. *Le Travail Humain*.

– Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain : implication for job redesign. *Admin Science Quarterly*, 24, 285–308.

– Karasek, R. A., & Theorell, T. (1990). *Healthy Work : Stress, Productivity and the Reconstruction of the Working Life*. New York : Basic Books.

– Kouabenan, D. R., Doutre, E., Dubois, M., & Joud, P. (1997). La participation comme modalité d'introduction d'une démarche qualité. *Cahier de La Recherche Scientifique En Qualité*, 3(2).

– Lazarus, A. A. (1973). Multimodal Behavior Therapy, Treating the «basic id». *Journal of Nervous and Mental Disease*, 156, 404–411.

– Landier, H. (2010). Malmanagement : l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets. *Humanisme & Entreprise*, 296, 81–92.

– Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York : Springer.

– Légeron, P. (2011). Préface. In C. Maslach & M. P. Leiter, *Burn-out. Le syndrome d'épuisement professionnel* (pp. 9–17). Paris : Les arènes (traduction de la version anglaise de 1997).

– Maslach, C., & Jackson, S. E. (1991). The measurement of experienced burn-out. In G. L. Cooper (Ed.), *Industrial and organizational psychology* (Vol. II, pp. 253–266). Hants, England : Edward Elgar Publishing Limited.

– Montreuil, E. (2011). *Prévenir les risques psychosociaux*. Paris : Dunod.

– Nasse, P., & Légeron, P. (2008). *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*. Paris : Ministère du Travail, des Relations Sociales et de la Solidarité.

– Perret, V. (1996). La gestion du changement organisationnel : articulation de représentations ambivalentes. Article présenté à la 5ème Conférence Internationale de management stratégique, Lille, 13–15 mai.

– Roquelaure, Y., Ha, C., Leclerc, A., Touranchet, A., Mariot, C., Imbernon, E., & Goldberg, M. (2006). Troubles musculo-squelettiques en France : données du réseau pilote de surveillance épidémiologique dans les entreprises des Pays de la Loire en 2002 et 2003. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 34–43.

– Sarnin, P., Bobillier Chaumon, M.-E., Cuvillier, B., & Grosjean, M. (2012). Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée. *Bulletin de Psychologie*, 3(519), 251–261.

– Smith, A. L., Lemyre, P.-N., & Raedeke, T. D. (2007). Advances in athlete burn-out research. *International Journal of Sport Psychology*, 38(4), 337–341.

– Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27–41.

– Viaux, J.-L., & Bernaud, J.-L. (2001). Le harcèlement psychologique au travail : une recherche auprès des victimes. *Pratiques Psychologiques*, 4, 57–69.

Résumé : Les Risques psychosociaux (RPS) au travail, qui incluent le burn-out, trouvent leurs racines non seulement dans l'individu, mais également dans son environnement de travail. Tout employeur a l'obligation de prendre en compte ces risques au même titre que les autres risques professionnels. La prise en charge des RPS et du burn-out doit conjuguer un volet individuel et un volet organisationnel. Sur ce deuxième volet, il s'avère que la question du changement organisationnel traverse ces risques et peut influencer la santé physique et psychique des salariés. Une meilleure prise en compte des représentations lors des changements organisationnels, des ateliers d'affirmation de soi ainsi que la mise en place d'un management participatif pourraient constituer des garants du maintien de la santé psychologique au travail.

Mots-clés : Accompagnement – Changement – Compétence professionnelle – Épuisement professionnel – Expression de l'émotion – Management participatif – Prévention – Qualité de vie – Représentation – Risques psychosociaux – Travail.

Burn-out, idéal du moi et désir

Cadre depuis plus de quinze ans dans une grande institution, Estelle souffre jusqu'au burn-out de ne pas satisfaire sa hiérarchie, illustrant ainsi son rapport douloureux avec l'idéal du moi.

Cet article présente la prise en charge psychologique d'une patiente confrontée à un épisode d'épuisement professionnel. Ce suivi s'est déroulé sur le lieu de travail sous la forme d'une psychothérapie brève d'inspiration psychanalytique. Avant de détailler la vignette clinique, quelques mots sur l'institution et les dispositifs déployés pour y prendre en charge la souffrance au travail. Il s'agit d'un organisme privé gérant un service public de santé. Il s'inscrit dans un réseau constitué il y a près d'un siècle mais qui connaît une profonde mutation depuis une dizaine d'années. Aux restrictions budgétaires régulières se sont ajoutées des démarches de restructuration entraînant la fusion d'une centaine d'organismes départementaux en une vingtaine de superstructures régionales. Progressivement, les salariés ont développé des symptômes de souffrance au travail (1), sous les formes et avec l'ampleur constatées depuis les années 1990 dans d'autres secteurs d'activité. La direction a donc décidé en 2012 de créer un service chargé d'identifier les situations de mal-être au travail, de les diagnostiquer en lien avec la médecine du travail puis de proposer un accompagnement.

Vincent CHARAZAC

Psychologue d'entreprise, psychologue clinicien, psychothérapeute, doctorant à l'Université Lyon 2.

Le terme de prise en charge a été volontairement écarté, l'institution qui met en tension pouvant difficilement être aussi celle qui soigne ; l'accompagnement proposé y prend la forme d'entretiens psychothérapeutiques. Les séances durent entre 40 et 60 minutes, selon un rythme guidé par l'état clinique du patient et ses objectifs. Je les assure en qualité de psychologue clinicien référencé à la métapsychologie psychanalytique : la règle de l'association libre (Roussillon, 2007) permet d'explorer des liens inconscients ; le repérage et l'analyse des phénomènes transférentiels permettent de « caractériser la projection du monde interne du sujet, de ses angoisses, de ses conflits, de ses défenses, de ses fantasmes spécifiques (...) » (Ciccone, 2010). Dès la première séance, il est précisé au patient que l'accompagnement s'étend sur 2 à 6 séances (à l'inverse de l'offre de soins hospitalière ou libérale sans terme prédéfini). Il n'y a pas de contre-indication psychopathologique, la coordination avec le médecin du travail est dynamique, et l'accompagnement peut ouvrir sur une orientation externe (CMP, hospitalisation ambulatoire ou cabinet libéral), étant précisé au patient qu'il pourra alors se tourner vers d'autres types de psychothérapie s'il le souhaite (TCC, thérapies systémiques...).

Notons enfin que j'interviens comme salarié, avec donc le même employeur que les patients. Dans ce contexte, l'énoncé et la garantie absolue de la déontologie du psychologue constituent une condition incontournable de l'alliance thérapeutique.

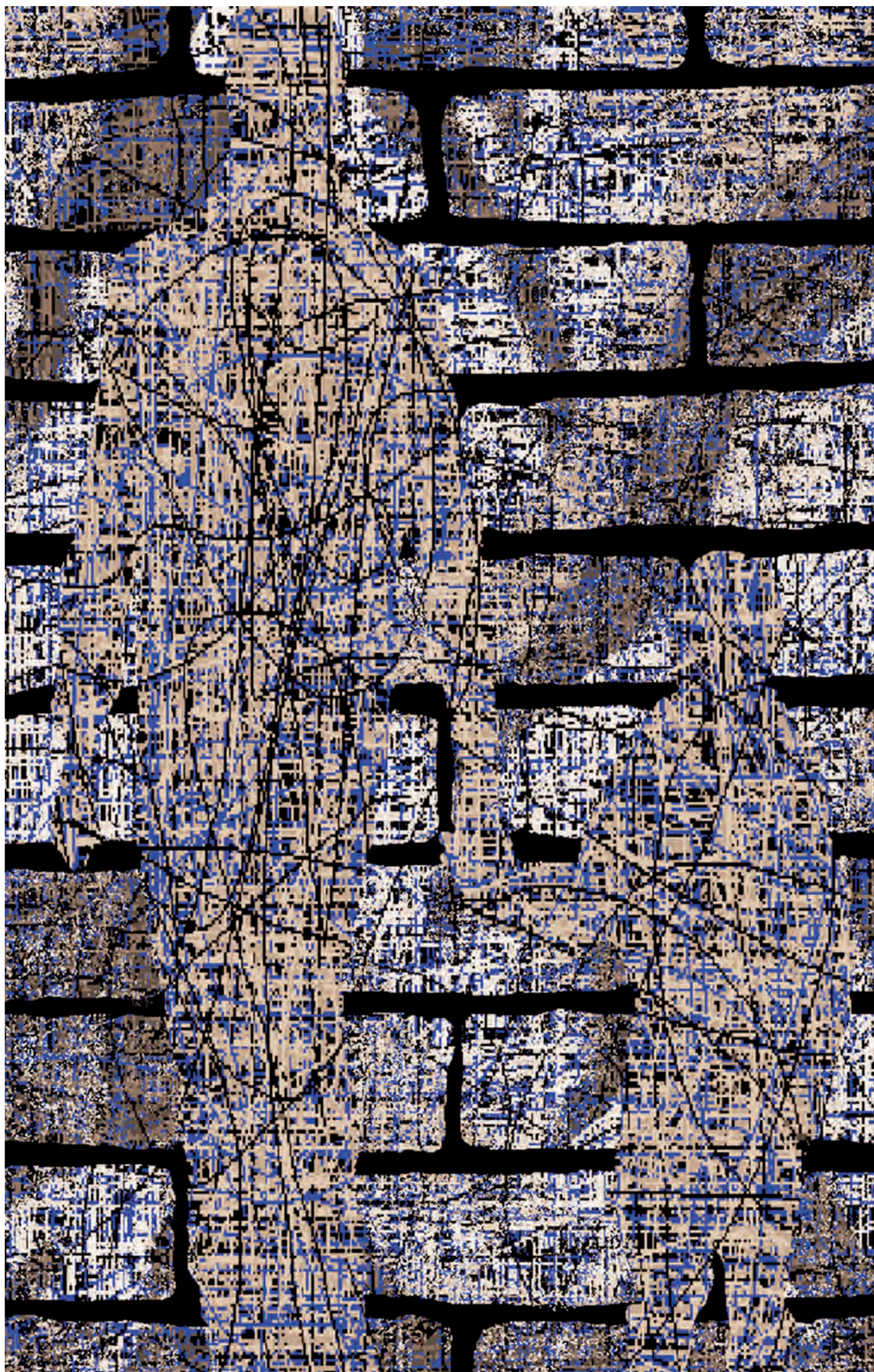
La prise en charge d'un sujet épuisé professionnellement peut utilement conduire le thérapeute à interroger le rapport du patient à ses instances internes (moi, surmoi et idéal du moi). Cette investigation élargit la profondeur de vue sur la situation du sujet, en ne se restreignant pas à la scène professionnelle et en stimulant les associations avec les autres champs de son monde interne. Elle repositionne également le patient dans une position active, et par conséquent susceptible de changer sa perception, voire de se réapproprier une capacité de changement de la situation vécue.

« FAIRE BIEN TOUT DE SUITE »

À 37 ans, Estelle, cadre, travaille dans l'institution depuis plus de quinze ans. Elle l'a intégré immédiatement après un solide cursus universitaire en comptabilité. Diverses promotions et formations internes lui ont permis de passer du statut d'employée à celui de cadre, l'amenant depuis 2010 à manager quatre agents.

À partir de 2011, l'institution s'engage dans une profonde restructuration qui entraîne une instabilité majeure pour ses cadres. Estelle change de directeur en 2012 et doit s'adapter à un style de management beaucoup plus exigeant, dans un contexte tendu. Elle demande à me rencontrer fin 2012.

• **Lors du premier entretien**, Estelle présente un rapport douloureux au travail. Bien que s'y investissant intensément, elle n'en tire plus de satisfaction durable :



« Je suis nulle, transparente, sans valeur ajoutée... N'importe qui pourrait faire mon travail, cela ne changerait rien. » Cette tension se prolonge le soir et souvent le week-end. Elle identifie un détachement progressif vis-à-vis de « l'objet » travail : elle sent ne plus rien y apporter et en attend « de moins en moins : je suis très détachée, absente ». Des membres de son équipe lui confirment cette dépersonnalisation (Dejours & Gernet, 2012), la trouvant de plus en plus « distante et froide, moins impliquée qu'avant ». Elle n'investit plus les relations humaines, ne fréquente plus le restaurant d'entreprise ni les temps de pause collectifs. Si certains signes cliniques relèvent d'une dimension anxio-dépressive (altération durable du sommeil, trouble de l'humeur et de l'appétit, rumination), deux éléments laissent supposer un état d'épuisement professionnel. Estelle confie s'être énormément investie depuis le début de l'année 2012, redoublant d'efforts pour satisfaire sa nouvelle hiérarchie ; les vacances lui permettent de se détacher provisoirement de « l'écho interne » de ce contexte douloureux. L'anamnèse psychopathologique relève un épisode dépressif pré-partum en 2011 : « Je pleurais tous les matins dans ma voiture avant d'aller bosser. » Parmi ces signes cliniques, un élément confirme l'altération du sentiment d'accomplissement personnel : Estelle est très affectée par l'insatisfaction que sa hiérarchie exprime progressivement vis-à-vis de son travail. Elle me relate un épisode où son directeur « est entré dans mon bureau, a fermé la porte et m'a fait des reproches. Je me suis sentie comme une petite fille, honteuse ». Elle associe avec « les reproches de mon père qui était déçu que j'entre dans cette institution et que je ne sois pas devenue expert-comptable après mes études. (...) Il a longtemps refusé de me parler », tout comme ce supérieur hiérarchique très distant... Elle indique chercher « à faire bien tout de suite, dès la première fois... J'ai du mal à simplement "essayer" ». ... Tout ça pour être la première, la préférée ». Nous constatons ensemble que les *imagos* parentales sont régulièrement projetées sur son encadrement. Si la honte est éprouvée dans de nombreuses circonstances professionnelles, la colère et la révolte sont peu mobilisées. D'une façon générale, l'angoisse de castration domine, les situations de rivalité étant douloureuses. En fin d'entretien, Estelle me fait part de son tiraillement de mère, hésitant à

satisfaire l'instance surmoïque qui lui indique de « tout donner pour son travail » (le père déçu par la carrière d'expert-comptable avortée, le directeur lui reprochant la qualité de ses productions) ou ses deux enfants « qui ont aussi besoin de moi ».

« C'ÉTAIT LE RÊVE DE MON PÈRE »

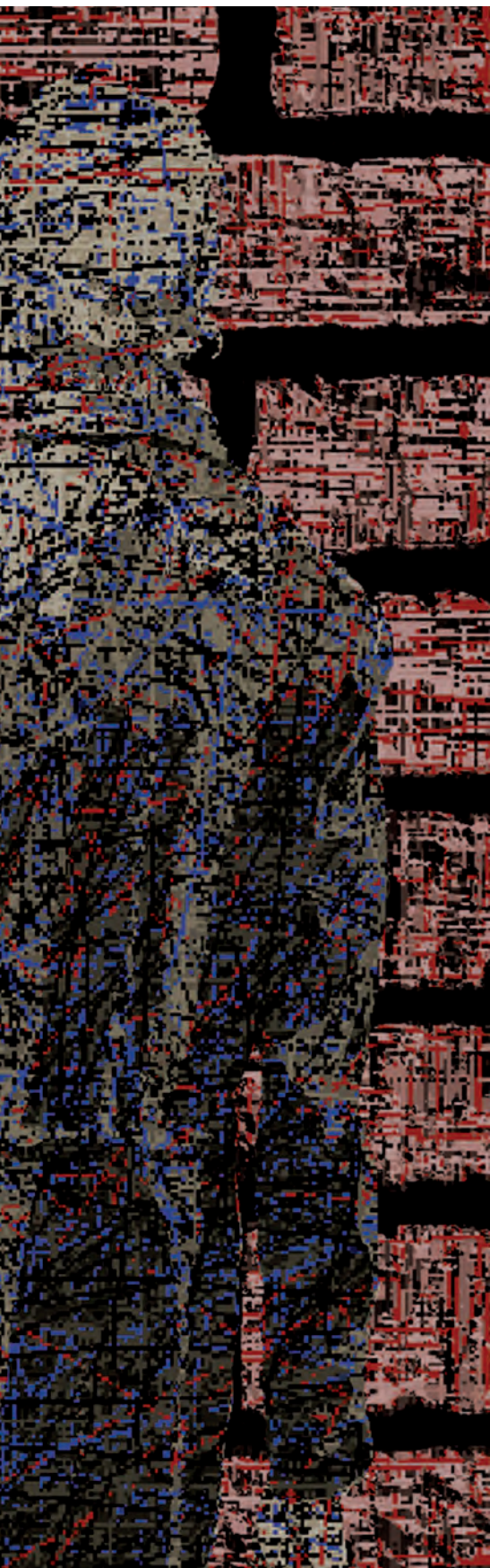
• Le second entretien a lieu un mois plus tard, en janvier 2013. Il s'engage sur une sensation un peu confuse : « Je ne sais pas ce que je ressens, si c'est bien ou mal, agréable ou désagréable. » Estelle l'explique par un récent courrier qu'elle a transmis à sa hiérarchie pour exprimer son mal-être. Elle s'étonne d'avoir « réussi à l'écrire et être allée au bout : d'habitude, je n'aurais pas osé par peur d'être mal vue » (pas osé décevoir ses parents?), d'autant que sa démarche a effectivement irrité son directeur. Elle me demande plus tard « comment sortir d'un conflit œdipien » prolongeant nos échanges de la première séance sur la rivalité dans la fratrie vis-à-vis du regard des parents. Ensemble, nous constatons que l'enjeu actuel est moins de « sortir » du conflit œdipien que de se dégager de cette confusion des affects consécutifs à une décision importante, en l'occurrence, l'expression d'une difficulté auprès d'une hiérarchie. Estelle est déstabilisée par la perspective de son prochain entretien annuel d'évaluation qu'elle appréhende sur un mode très dévalorisé.

« Expert-comptable, c'était le rêve de mon père... Quand j'ai dû renoncer, je lui ai demandé si ça lui convenait que j'entre dans cette institution... Finalement, il a dit oui. » Dans la dimension œdipienne, il est effectivement question de faire plaisir au père et de tenir à distance l'angoisse de castration. Ainsi, quand je demande à Estelle quel est son plus beau souvenir d'enfance, elle me cite « le jour où j'ai renversé mon chocolat et que mon père m'en a refait un autre, sans me disputer... Je ne me suis jamais sentie aimée de façon inconditionnelle autant que ce jour-là ». Être aimée par le père malgré ses mal-adresses ou ses échecs, tels l'inaboutissement professionnel ou le courrier sensible adressé à la hiérarchie... Mais il faut aussi entendre ici le rapport à l'idéal du moi, l'ambition professionnelle s'étant constituée en référence au désir du père.

• Je retrouve Estelle un mois plus tard pour un troisième entretien, dominé par une sensation de malaise dont elle regrette « de ne pas pouvoir trier la part professionnelle



© Christian Fafet. No Face A n° 33, 2009.



et la part personnelle ». Elle a encore dû faire face aux reproches de son directeur portant sur son comportement (le courrier qu'elle a envoyé à sa hiérarchie, une récente demande de bilan de compétence, ses congés et arrêts maladie). Elle en est très affectée : « *Je n'ai plus confiance en personne au travail* ».

« TU SERAS DÉÇU »

• **Estelle me sollicite pour un rendez-vous** en urgence quelques jours après pour un quatrième entretien non programmé. Son directeur, conscient des difficultés qu'elle traverse, lui propose trois options : conserver son poste actuel, évoluer sur une fonction de chef de service comptable (impliquant des liens étroits avec lui) ou rejoindre le service budget en tant qu'expert. Elle relève le paradoxe de la situation : « *Au milieu de tous ces reproches qui s'accumulent, voilà d'un coup des propositions de promotion.* »

Estelle m'annonce qu'elle cherche actuellement à avoir un troisième enfant. Les deux premiers postes proposés impliquant un investissement majeur, Estelle doit intégrer la dimension maternelle dans son choix. « *Après que le patron m'a annoncé cela, j'ai eu envie d'écrire à mon père pour lui dire "tant pis, je fais le choix de la famille, je serais au chômage, tu seras déçu"*. » Je lui restitue la radicalité de sa position : refuser un poste à responsabilité entraînerait un bannissement définitif (le chômage, alors que ce n'est pas le propos de l'institution qui l'emploie !) et la déception paternelle. Elle m'explique ensuite que son conjoint et elle ont ce désir d'enfant depuis plusieurs mois ; dans le transfert, Estelle n'a pas osé m'en parler jusqu'à ce que son directeur (autre représentation paternelle) la place devant un dilemme la contraignant à choisir entre ses aspirations.

Après avoir identifié ce double transfert paternel (sur le directeur et le thérapeute), nous nous confrontons à la question de son désir. Sa hiérarchie lui demande de choisir, ce qui revient à interroger sa volonté de professionnelle, de mère, de femme et de fille. Ses associations indiquent la primauté du désir des hommes sur sa vie : son père avait insisté pour qu'elle devienne experte comptable alors qu'elle aspirait à une carrière artistique ; son conjoint avait exprimé sa volonté qu'elle soit à enceinte à différents moments de sa vie sans tenir vraiment compte de sa

carrière professionnelle ; son directeur la pousse actuellement vers deux postes à responsabilité alors qu'Estelle est instinctivement plus attirée par le troisième... Ce qui semble se répéter, c'est qu'un homme décide pour elle, non pas autoritairement mais en stimulant son propre désir, en faisant en sorte que le désir de l'homme devienne le désir d'Estelle. Ainsi, les tentatives « *d'avoir le père pour elle toute seule* » identifiées durant la deuxième séance peuvent s'analyser comme des mouvements de retournement passif/actif (Freud, 1920).

Sur ma suggestion, Estelle évoque un rêve récent : elle effectue une agréable promenade champêtre à vélo avec son conjoint. Ce dernier chute sur un nid-de-poule. Une « *femme directrice* » se moque de lui ; Estelle prend alors vigoureusement la défense de son mari « *en se rebellant* ». La fin de séance approchant, et comme Estelle souhaiterait que je lui dise « *quel poste choisir entre les trois* » (transférant sans doute son rapport au désir des hommes), je lui propose une lecture du rêve : vie personnelle et vie professionnelle croisent leurs routes, ce qui ne va pas sans risque (nid-de-poule) et difficultés plus ou moins douloureuses (la chute, les brimades) ; mais Estelle y réagit avec une capacité d'affirmation en contradiction avec son rapport au travail actuel. En retenant la proposition que « *le rêve est la satisfaction inconsciente et déguisé d'un désir refoulé* » (Freud, 1922), on pourrait avancer qu'il est question de s'opposer aux mouvements institutionnels, par exemple celui de la voir prendre des fonctions qui l'éloigneraient de sa vie familiale.

« JE ME TAISAI POUR ÊTRE AIMÉE »

• **Un mois plus tard**, Estelle entame le cinquième entretien en me racontant immédiatement le rêve qu'elle a fait après la dernière séance : « *Je suis au centre d'un amphithéâtre, avec mon père au premier rang* [elle pratique le chant lyrique en amateur]. *Un homme armé prend Isabelle* [une proche collègue] *en otage. Je lui dis "prenez-moi à la place"* ; *il me prend en otage, je me dis "s'il pose son arme, je pourrais me sauver"* ; *finalement on part ensemble.* » Sur cette scène œdipienne explicite, on peut voir le désir masculin « *la prendre en otage* », Estelle finissant à nouveau par s'y soumettre, cette fois-ci sans se rebeller ; la tension entre les sphères privée (le chant)

et professionnelle (la collègue) est manifeste. Estelle conclut : « *À la fin de ce rêve, je me suis réveillée, mais je n'étais pas libérée* » : explicitement « *toujours pas libérée du choix* », mais implicitement « *pas libérée du désir de l'homme* » ! Estimant que ses rêves-oracles ne l'éclairaient pas, Estelle rédige un tableau « *points forts – points faibles* » des trois postes et

cache mes faiblesses, être forte... Ce matin, devant la glace, je ne voulais pas mettre mes lunettes, ne pas montrer mon handicap, rester désirable. » Cet exemple traduit, par le corps, le conflit intra-psychique provoqué par l'aliénation de son désir au regard de l'Autre – l'homme, le père, le directeur. « *J'ai tellement voulu bien faire, faire plaisir que je me suis*

pas comme une voie d'étalement interne. La souffrance s'étant réduite, nous évoquons l'interruption de ce suivi après six séances. J'indique à Estelle qu'elle pourrait utilement le prolonger « *à l'extérieur* » : le monde interne et les mouvements transférentiels sont utilement mobilisés, les associations et la vie onirique sont d'une grande richesse. Je suggère

“

Ce qui m'a aidée, c'est ce que vous m'avez dit : “Pourquoi se laisser guider par le désir d'un autre”. »

constate que le troisième lui ferait « *perdre le moins de choses : je garderai du temps pour le chant, les enfants, ma grossesse, mon temps libre* ». Mais elle n'est pas à l'aise et a l'impression que ce choix constitue « *un caprice* » puisque son directeur l'a ainsi commenté : « *avec vos états d'âme, dans le privé vous auriez été licenciée* ». Le regard du père sur ses choix professionnels est donc toujours aussi prégnant et menaçant. Mais si ces commentaires ont teinté d'angoisse son retour de vacances, nous constatons ensemble que trois mois après le premier entretien certains symptômes de l'épuisement professionnels se réduisent.

Même si sa nouvelle affectation a été officialisée, elle m'indique ne pas arriver à s'y projeter « *à cause de ma culpabilité vis-à-vis de l'équipe* » ; j'associe avec le mouvement sacrificiel dans le rêve : « *se faire prendre à la place de la collègue* ». Estelle m'indique qu'elle a appris à se taire et à se sacrifier dans ses fonctions précédentes : « *Comme avec mes parents, je me taisais pour être aimée, pour être bien vue, pour garder ma place* ». Je lui propose : « *L'amour en échange d'un comportement conforme, ni rebelle ni colérique, soumis ? – C'est tout à fait ça.* » Elle m'exprime alors toute sa colère accumulée « *contre les parents, contre l'équipe* ». Je lui formule l'hypothèse que la culpabilité puisse constituer le versant « *acceptable* » de cette colère, dans un retournement contre soi lui permettant de continuer à être aimée et de garder sa place dans la famille et dans l'équipe. Mais se mettre en colère, c'est aussi courir le risque de ne pas la maîtriser lorsqu'on n'a pas l'habitude de l'exprimer « *sous contrôle* ». « *Je vis un paradoxe entre ma sensation d'être nulle et mon aspiration à être parfaite : ne pas faire d'erreur, être irréprochable,*

perdue, je ne sais plus qui je suis, si je suis nulle ou parfaite. » Cette séquence aux confins du narcissisme primaire fait surgir la dimension archaïque ; mon contre-transfert est traversé d'éprouvés de dégradation. Je les lui formule à travers mon impression qu'elle a été « *corsetée, tellement tributaire du désir des autres qu'elle s'est organisée autour de cela ; difficile après ça d'être au contact de son désir propre...* » Je lui suggère qu'elle est davantage « *annulée* » que « *nulle* ». Estelle me répond : « *J'ai peur du bilan de compétence, de ce que je vais trouver si je vais au fond* », peur archaïque d'être au contact de la singularité de son désir et de son éventuelle sauvagerie s'il allait contre la norme ou la contre le désir des parents ou de la direction...

• **Notre dernier entretien** a lieu un trimestre plus tard. Estelle est ravie de ses nouvelles fonctions, « *comblée par les horaires : si le travail est terminé, je peux partir sans me sentir mal* ». Elle semble libérée du regard de la direction qu'elle trouvait culpabilisant dans un mouvement un peu régressif (« *J'ai jamais autant ri qu'en partant à 16 heures* »). Elle m'annonce aussi être enceinte.

Les symptômes d'épuisement professionnel ont disparu : « *Je suis récemment repassée à l'étage de la direction, j'ai réalisé qu'avant j'étais opprimée tout le temps, même après le boulot.* » Mais je dois lui suggérer qu'elle retrouvera une bonne image d'elle-même si elle réussit dans cette nouvelle mission « *pour elle-même* », et non pas seulement comme elle l'exprime « *pour que ma hiérarchie soit satisfaite de moi* ». Cette remarque d'Estelle m'indique qu'elle appréhende encore le travail comme un enjeu de satisfaction (infantile) du regard des parents, et non

donc quelques noms de psychothérapeutes à Estelle. Elle en contacte un quelques jours après.

IDÉAL DU MOI ET DÉSIR...

Les séances avec Estelle et le suivi clinique avec le médecin du travail ont notamment permis d'établir le diagnostic de burn-out puis d'apprécier l'évolution favorable de ces symptômes. Au plan étiologique, l'hypothèse la plus évidente est l'exposition à un « *stress émotionnel chronique* » (Perlman & Hartman, 1982) ; lui-même lié à une charge de travail débordant les capacités de la patiente, du bouleversement de ses repères professionnels suite à la restructuration, de la perte du sens de son travail ou encore les critiques régulières de son directeur sur la qualité de ses productions (Gollac, 2011). Ces hypothèses ont pu être approfondies pendant le suivi afin d'interroger l'incidence des conditions de travail sur la souffrance de la salariée.

Mais l'accompagnement a aussi emprunté un autre chemin guidé par les associations et le travail du rêve d'Estelle, permettant de mettre en perspective ces éléments professionnels avec une souffrance liée aux *imagos* parentales et à ses instances internes. Le rapport au surmoi lui est particulièrement douloureux. S. Freud (1923) rappelle que le surmoi « *est né à la faveur d'une identification avec le prototype paternel* » et qu'il « *se manifeste principalement comme (...) une instance critique* ». Nous avons pu supposer qu'Estelle transférait sur son directeur et sur son thérapeute certains aspects du rapport à son père. Ce mouvement est potentialisé par les critiques de son supérieur, qui trouvent de facto un écho très éprouvant chez Estelle. Dans le même mouvement, elle cherche à étouffer sa colère, à adopter un « *comportement conforme* », ou

s'étonne de parvenir à exprimer par écrit certaines difficultés à son employeur. P. Molinier (2008) rappelle que « *l'agressivité suscitée par les interdits parentaux est "retournée" contre le moi, tandis que par le mécanisme de l'identification celui-ci prend en lui la puissance, la sévérité, la tendance à "surveiller et punir" des parents* ». Estelle évoque un sentiment de « *culpabilité* » vis-à-vis de l'équipe, dont M. Houser (2008) souligne qu'il relève de la fonction de « *conscience morale* » du surmoi.

Le lien entre le burn-out et l'idéalité fait consensus chez les « psychistes » référencés à la psychanalyse (Delbrouck, 2010) ou non (Delgènes, 2014). Il implique donc d'interroger le choix d'objet professionnel, ce dernier pouvant représenter « *un autre facteur de fragilité ou de faille possible* » (Delbrouck, op. cit.). Estelle met cette question au travail à travers son rapport à l'idéal du moi. M. Houser (op. cit.) le définit comme « *un modèle auquel le sujet cherche à se conformer* », en soulignant sa fonction « *essentielle* » de « *référence au sentiment d'estime de soi* » dont l'origine « *reste principalement narcissique* ». L'auteur souligne « *l'actualisation renforcée [de cette instance] au moment de l'Œdipe* ». Pour S. Freud (1923), cette instance est une « *formation substitutive de la passion pour le père* » ; Estelle situe l'acmé de cette passion dans l'infantile, lorsque l'amour de son père avait résisté au « *raté* » du chocolat renversé. Mais la clinique illustre surtout le rapport douloureux qu'elle entretient avec l'idéal du moi. Elle souffre d'échouer à satisfaire son père, ou son représentant professionnel dans le transfert qu'elle opère sur le travail. De cette incapacité découle un sentiment d'infériorité « *en rapport avec la fonction d'idéal* » (Houser, op. cit.) faisant d'Estelle « *une petite fille, honteuse* ». « *Nulle, transparente, sans valeur ajoutée* » : le narcissisme secondaire est affecté (Molinier, op. cit.) à la mesure de l'exigence qu'Estelle a d'elle-même :

« *l'idéalisation est le processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont élevées au rang de la perfection* » (ibid.). Lorsqu'elle remarque qu'elle cherche « *à faire bien tout de suite, dès la première fois (...) pour être la première, la préférée* », l'idéal du moi semble « *sévir contre le moi de façon cruelle* » (Freud, op. cit.) et comparable à la « *sévérité* » du surmoi. La clinique l'illustre également à travers l'image du rêve de cette « *femme directrice* » (fusion des *imagos*?), qui se moque de son conjoint, ou lorsqu'elle (dis)-qualifie de « *caprice* » un choix professionnel légitime et cohérent. La dimension œdipienne et l'angoisse de castration prédominent. S. Freud souligne que « *l'être idéal, qui est devenu l'idéal du moi, représentait autrefois la menace de castration* » (op. cit.), se transformant plus tard en angoisse et « *scrupules de conscience* ». Dans cette dynamique, Estelle est tiraillée entre son développement de carrière et son rôle de mère ; en rêve, elle se voit prendre la place d'un otage sous le regard de son père.

P. Molinier (op. cit.) note que « *l'idéalisation pose le problème de la dépendance à l'objet (...) et de l'aliénation dans l'idéal lorsque celui-ci est entièrement inféodé à un autre externe* ». Le rapport de la patiente à son idéal du moi aboutit à des conflits internes entre ses investissements professionnels et personnels, traduisant une prédominance du désir paternel sur le sien propre. Mon option thérapeutique avec Estelle a donc été d'interroger l'influence de l'Autre (notamment paternel) sur son désir pour stimuler une pulsion d'investissement qui lui soit propre. Le choix parmi les postes proposés permettait d'éprouver *in situ* cette capacité. Après avoir décidé, et pour conclure ce suivi, Estelle me confie : « *Ce qui m'a aidée, c'est ce que vous m'avez dit : "Pourquoi se laisser guider par le désir d'un autre"* ». On peut supposer que ce parcours à travers le rapport aux *imagos*

parentales lui a permis d'identifier une entrave à l'expression d'un désir propre, avatar d'un idéal du moi envahissant. L'identification de cette tension a sans doute contribué à la restauration partielle d'une capacité d'investissement professionnel. Estelle a pu choisir un poste en cohérence avec ses aspirations de future mère, tenant à distance les injonctions épuisantes de ses instances internes.

1 – On notera que le burn-out est un symptôme psychopathologique dont l'apparition est potentialisée par les réorganisations organisationnelles (enquête HIREs sur la santé dans les restructurations, 2009).

BIBLIOGRAPHIE

- Ciccone A. (2010), *L'observation clinique*, Paris : Dunod.
- Dejours C. & Gernet I. (2012), *Psychopathologie du travail*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.
- Delbrouck M. (2010), *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants*, in *Imaginaire & Inconscient*, 2010, 25, 157-165.
- Delgènes JC. et al. (2014), *Le syndrome d'épuisement, une maladie professionnelle*, Paris : Cabinet Technologia.
- Freud S. (1920), *Au-delà du principe de plaisir*, in *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite bibliothèque Payot (1963).
- Freud S. (1922), *Introduction à la psychanalyse*, Paris : Petite bibliothèque Payot (1990).
- Freud S. (1923), *Le moi et le ça*, in *Essais de psychanalyse*, Paris : Petite bibliothèque Payot (1963).
- Gollac M. et al. (2011), *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*, DARES, Paris : Ministère du travail et de l'emploi.
- HIREs (2009), *La santé dans les restructurations : approches innovantes et recommandations de principe*, rapport consultable sur le site internet www.travailler-mieux.gouv.fr.
- Houser M. in Bergeret J. et al. (2008), *Psychologie pathologique théorique et clinique*, Paris : Masson.
- Molinier P. (2008), *Les enjeux psychiques du travail*, Paris : Petite bibliothèque Payot.
- Perlman B. & Hartman E.A., (1982), *Burn-out : summary and future research*, in *Human relations*, 35, 529-535.
- Roussillon R. et al. (2007), *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*, Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson.

Résumé : Dans la prise en charge d'un patient confronté à un épisode d'épuisement professionnel, le thérapeute peut utilement interroger le rapport du sujet à ses instances internes (moi, surmoi et idéal du moi), le burn-out étant notamment une « maladie de l'idéal ». Cette investigation élargit la profondeur de vue sur la situation du sujet, en ne se restreignant pas à la « scène » professionnelle et en stimulant les associations avec les autres champs de son « monde interne ». Elle repositionne également le patient dans une position « active », et par conséquent susceptible de changer sa perception des choses, voire de se réapproprier une capacité de changement de la situation vécue.

Mots-clés : Accompagnement – Angoisse de castration – Cas clinique – Conflit psychique – Culpabilité – Épuisement professionnel – Idéal du moi – Imago – Médecine du travail – Psychologue – Psychothérapie brève – Psychothérapie psychanalytique – Stress – Travail.

La fatigue de soigner

Le burn-out du soignant a une psychopathologie particulière, liée à la perte de la capacité d'empathie. Mais il renvoie aussi à une réflexion sur l'éthique du soin et la relation d'aide.

■ Apparu dans les années 1970, le burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel a connu depuis un curieux et intéressant destin. Le terme a été créé par des soignants pour des soignants : les premières publications sur le sujet étaient consacrées au problème spécifique de la fatigue et des risques de soigner (*cf. infra*). Progressivement, le terme s'est élargi pour définir un ensemble de symptômes qui caractérise le trouble de l'adaptation de l'homme à son travail.

Le burn-out combine une fatigue profonde, un désinvestissement de l'activité professionnelle, et un sentiment d'échec et d'incompétence dans le travail. Il est considéré comme le résultat d'un stress professionnel chronique (par exemple lié à une surcharge de travail). L'individu ne parvient pas à faire face aux exigences adaptatives de son environnement professionnel et son énergie, sa motivation et son estime de soi déclinent.

Si le burn-out est un sujet d'actualité dont les journaux font régulièrement leur Une, il est malheureusement aussi devenu un fourre-tout dans lequel se concentrent toute la psychopathologie du travail et la détresse de l'individu. Beaucoup de troubles psychiatriques (des troubles de la personnalité, des troubles anxieux graves et des dépressions) qui n'ont rien à voir avec le burn-out, sont considérés comme tel, alors

que la personne est déjà installée dans une maladie psychiatrique. Certes, une des caractéristiques du burn-out est de faire le lit d'un trouble psychiatrique anxieux et/ou dépressif mais ce n'est pas toujours le cas.

L'objet de cet article est d'étudier la spécificité du burn-out des soignants afin de mieux comprendre le phénomène et surtout de penser la prévention, qui reste le véritable enjeu.

UN TROUBLE TABOU

Une des premières caractéristiques du problème réside dans la réticence des soignants eux-mêmes à en parler. Il existe une incapacité à exprimer que prendre soin d'autrui est un métier à risque pour soi. Cette omerta a longtemps été puissante dans les milieux infirmiers et paramédicaux. Elle l'est encore chez les médecins, les chirurgiens-dentistes et certains cadres de santé. C'est peut-être une des raisons qui explique le taux important de dépressions et de suicides dans cette population (1).

Les soignants victimes de burn-out ne se soignent pas, par idéal de don de soi, par ignorance ou par vanité. Ils négligent les signaux d'alerte. Déprimés, ils continuent à travailler, un peu moins bien, un peu plus lentement, avec surtout beaucoup moins de plaisir et d'efficacité jusqu'à l'instant fatal où tout bascule.

Or, ce n'est pas quand le soignant est totalement épuisé, déprimé, tellement usé qu'il ne peut plus travailler ni penser à lui et que la seule issue est alors l'arrêt de travail, l'effondrement dépressif voire le suicide, qu'il faut réfléchir à la fatigue d'être soignant. Au contraire, il faut reconnaître les symptômes, repérer les petits signes d'alerte pour agir avant que le phénomène n'envahisse toutes les facettes

de la vie de la personne. Pour cela il est important de dépister les états précliniques.

Les premières enquêtes françaises et d'autres travaux internationaux (2) pointaient un des éléments particuliers du burn-out des soignants, que je retrouve toujours régulièrement à l'occasion de consultations et de conférences sur le sujet, et qui consiste à vouloir changer de métier. Ainsi, dans l'étude de Rodary et Gauvain Piquard (3) réalisée parmi les personnels paramédicaux de deux grands hôpitaux, environ 25 % des personnes souffraient d'un état de burn-out. Près de la moitié d'entre elles avaient pensé changer de travail dans l'année précédente, marquant ainsi une perte significative d'accomplissement au travail alors que, fait remarquable, près de 85 % restaient passionnées par leur métier.

UN PEU D'HISTOIRE

En 1969, aux États-Unis, Harold Bradley (4) est le premier à désigner un stress particulier lié aux conditions de travail sous le terme de burn-out, à propos de soignants travaillant dans des conditions difficiles auprès de toxicomanes. Le psychiatre américain Herbert Freudenberger (5) en fait une première description dans son ouvrage consacré au sujet. Il écrit avec finesse : « *Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par 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.* » Mais si l'on veut être honnête, il faut rendre au psychiatre français Claude Veil

Pierre CANOUÏ

Pédopsychiatre, Psychothérapeute,
Docteur en éthique médicale, Praticien
hospitalier, hôpital Necker-Enfants Malades Paris,
Président de la Fédération française de Psychothérapie
et Psychanalyse (FF2P).



© Christian Falet. No Face A n° 69, 2009.

la primeur de la réflexion (6). En 1959, il écrit dans le *Concours médical* à propos des états d'épuisement : « *L'état d'épuisement est le fruit de la rencontre d'un individu et d'une situation. L'un et l'autre sont complexes et l'on doit se garder des simplifications abusives. Ce n'est pas simplement la faute à telle ou telle condition de travail, pas plus que ce n'est la faute du sujet : de telles façons de voir sont inexactes et au fond très pessimistes car elles conduisent à l'abstention thérapeutique.* » Il définit ainsi les éléments de compréhension et d'analyse du syndrome d'épuisement professionnel et situe le problème dans le fait que ces états résultent de la rencontre entre un individu précis et une situation, ici la fonction soignante, que l'on peut définir comme un travail ayant pour but d'aider les gens, basé sur la relation.

Claude Veil pose la notion de complexité bien avant qu'Edgar Morin lui donne toute son ampleur en 1982 sur le plan philosophique et épistémologique. Il permet de penser une multiplicité de facteurs potentiellement pathogènes et d'éviter des analyses réductrices et fausses.

Nous savons donc aujourd'hui que le burn-out n'est pas la conséquence unique de certaines conditions de travail. Plusieurs études (7) ont par exemple montré que le burn-out des soignants n'est pas lié au type de pathologie pris en charge. Il existe des services de soins palliatifs qui ne connaissent pas le burn-out et d'autres où l'exposition à la souffrance, la douleur et la mort est très limitée mais qui ont des professionnels totalement épuisés.

Une étape clé dans l'identification du phénomène est venue avec le travail de Christina Maslach et Suzanne Jackson (8), qui ont élaboré un instrument aujourd'hui utilisé par presque tous les chercheurs : le MBI (*Maslach burn-out Inventory*). Il s'agit d'un auto questionnaire de 22 items, qui mesure trois dimensions du syndrome d'épuisement professionnel :

- l'épuisement émotionnel ;
- l'accomplissement personnel ;
- et la dépersonnalisation, qu'il convient de traduire en français par la déshumanisation de la relation avec autrui.

Cet instrument d'analyse, quasi comportemental en apparence, permet de mettre le doigt sur la dimension intérieure et spécifique du burn-out des soignants, sur ce qui en fait le noyau dur, c'est-à-dire la déshumanisation de la relation avec autrui que nous allons explorer.

UNE MALADIE DE L'ÂME

Deux notions vont nous permettre de comprendre ce burn-out spécifique du soignant : le stress et la relation d'aide.

– **Le stress** est un phénomène normal et nécessaire d'adaptation de l'être vivant. Il n'y a pas de vie sans stress. Cependant quand les capacités de réponse ou d'adaptation sont dépassées, le stress devient maladie et s'exprime sous forme de symptômes. Selon Epictète, « *Ce qui trouble les hommes ce ne sont pas les choses mais les jugements qu'ils portent sur elles.* »

Le stress des soignants est particulier parce qu'il est chronique, répété, progressif. La clinique des soignants atteints de burn-out montre que l'insidiosité de ce type de stress professionnel en rend son identification délicate. Il faut pour le sujet une particulière vigilance pour prendre conscience des facteurs stressants qui, accumulés, vont conduire au burn-out.

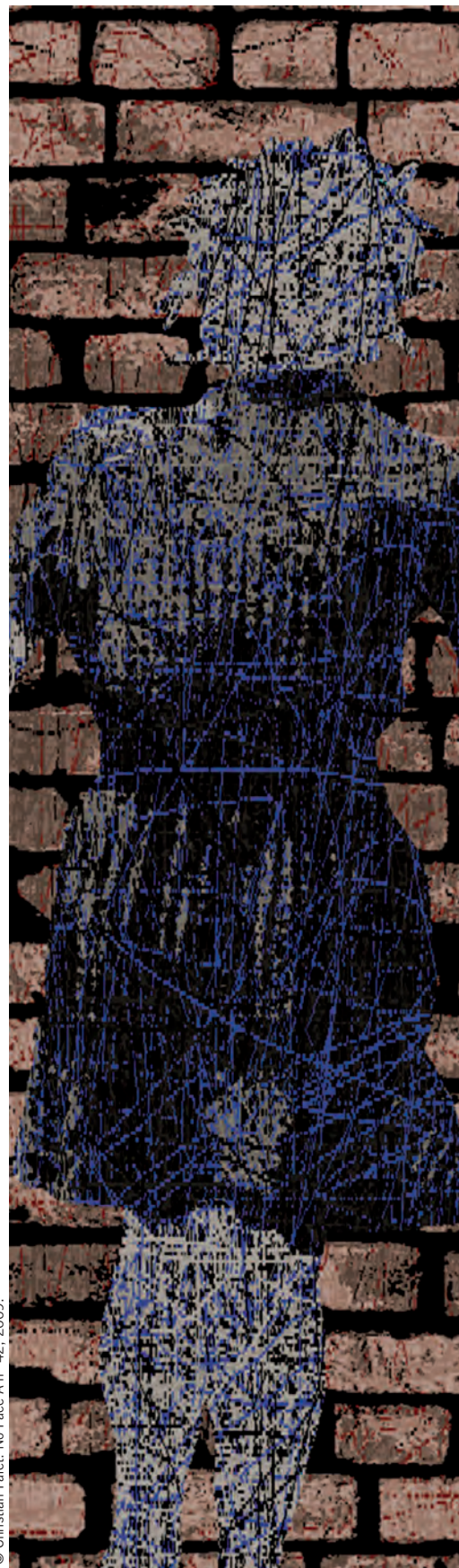
– **La relation d'aide** est au cœur du métier de soignant. Elle est le fait de toute intervention soignante entre un sujet demandeur et un sujet qui accepte de répondre à la demande et de la prendre en charge. Il s'agit d'une interaction complexe caractérisée par la capacité d'ajustement à l'autre, en fonction de sa personnalité et de la situation. Trouver la bonne distance est ce qui permet d'être efficace dans la relation thérapeutique et d'éprouver une satisfaction profonde dans son travail.

L'art de soigner réside ainsi dans l'adaptation à l'autre, dans la réalisation d'un lien intersubjectif. Ce sont le respect d'autrui et de sa dignité et la réussite de l'alliance thérapeutique qui permettent le soin.

La relation d'aide met en jeu la compassion, l'empathie et nous verrons que c'est aussi cela qui tombe malade dans le burn-out des soignants : « *Quand la relation d'aide tombe malade la symptomatologie est celle du burn-out.* » (Pierre Canouï, 9).

Chez le soignant, la déshumanisation de la relation avec autrui se traduit par une sécheresse relationnelle, un cynisme envers autrui, un détachement excessif envers la souffrance et parfois des attitudes impersonnelles négatives voire de la violence dans le soin.

Le soignant en burn-out se voit dans l'incapacité de toute relation empathique de qualité envers autrui, il est asséché dans sa capacité compassionnelle. L'ajustement relationnel qui est un des apanages de l'art de soigner n'est plus possible. Cet état n'est pas recherché par le soignant.



Burn-out et questions éthiques

Les soignants sont confrontés à un certain nombre de problèmes éthiques, qu'il convient d'identifier et de poser collectivement pour prévenir l'épuisement professionnel. Parmi eux :

– Le problème de l'accompagnement de vie et de la mort

Le syndrome d'épuisement professionnel met en relief le mouvement d'idée concernant l'accompagnement de la mort, le développement des soins palliatifs aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La mort, même quand elle est naturelle, n'est pas un événement facile. C'est un facteur d'épuisement professionnel qui justifie une réflexion particulière de la part des équipes qui y sont confrontées de façon répétée (réanimation, neurochirurgie, immuno-hématologie, cancérologie, gériatrie...).

En devenant de plus en plus scientifique et efficace, la médecine renforce l'inacceptation de ses limites et rend encore moins tolérables la maladie et la mort.

La médecine moderne, dans une conception restrictive de technoscience, est tentée d'aller toujours plus loin, de réussir encore plus de guérisons, de repousser encore plus les limites des possibles. Le médecin réussit souvent mais pas toujours. La mort est toujours là. Il est ainsi demandé à la médecine de répondre à des questions auxquelles elle ne peut donner de réponse. Les soignants sont emportés dans cette illusion mégalomane et « invités » à tenir un rôle de toute-puissance que la société « civile » leur demande de jouer. Les hôpitaux sont devenus des ghettos pour la souffrance, la maladie et la mort. On entend souvent dans les services, les soignants affirmer « *que l'état des malades pris en charge est de plus en plus grave* ». Cela semble vrai et apparaît comme la double rançon de l'efficacité et du développement des soins ambulatoires pour des raisons économiques et de confort. Seuls sont hospitalisés les malades les plus graves ou ceux qui ne peuvent se soigner pour des raisons psychosocio-économiques.

Dans une interprétation anthropomorphique, on peut dire que « notre société » se décharge de ses drames sur « ses » soignants. Dans un cloisonnement dangereusement renforcé, n'exclut-elle pas des souffrances de l'existence qui sont les drames normaux de toute vie humaine ? Les soignants sont ainsi les seuls à être confrontés à ces souffrances ; et ils doivent aussi dès qu'ils quittent leur service adopter l'apparente insouciance de la vie civile. Ils affrontent de plus en plus seuls le tabou de la mort, les accidents de la vie relégués dans ces lieux spécialisés. Leur épuisement émotionnel n'est-il pas une des manifestations de cette mission impossible que subrepticement la société leur a confiée ?

– **La difficulté de relation avec les malades et les familles, la communication des informations, l'annonce du diagnostic** sont des facteurs de stress reconnus. Communiquer notamment des mauvaises nouvelles, des pronostics sombres, des traitements incertains n'est pas facile. Les médecins ne sont pas forcément toujours à l'aise pour l'assumer. Ceci leur est souvent reproché par les équipes soignantes lors de réunions ou de groupe de paroles. Les conséquences en matière de charge psychique sont importantes, en particulier quand d'autres personnes sont obligées de reprendre des échecs de la communication sur des sujets difficiles. Ceci pose le problème de la responsabilité de celui qui n'a pu aller jusqu'au bout

de ce qu'il avait à faire mais aussi renforce l'ambiguïté des rôles (quand une infirmière annonce une nouvelle qui devrait l'être par le médecin mettant les différentes personnes en décalage les unes par rapport aux autres).

Le problème de la communication sur le plan éthique peut s'énoncer ainsi : Les patients ont le droit de savoir. Ils sont a priori capables de comprendre ce qui leur est dit à condition d'utiliser un langage clair et simple. (...) Nous sommes donc ici dans une éthique de vérité en matière de communication et de respect de l'autre dans sa capacité d'autonomie et de lucidité.

Cependant dire la vérité n'est pas forcément faire le bien. Jusqu'où aller dans cette transparence et comment ? L'éthique de vérité peut être en contradiction avec un principe de bienfaisance et d'humanité. Si nous devons la vérité aux patients, nous devons tenir compte de leur affectivité et de leur état psychologique, d'autant plus que le message sera chargé de mauvaises nouvelles.

La transparence a ses limites en matière de communication. Apporter une information claire, loyale et appropriée s'impose aux médecins auxquels il revient de fournir les informations mais la question reste de savoir comment le faire, sous quelle forme et quel soutien leur apporter.

Il est clair qu'une meilleure communication serait un facteur de réduction du stress. Apprendre à communiquer permet d'avoir une attitude plus cohérente vis-à-vis du malade et évite les faux pas relationnels. C'est dire l'intérêt des réunions, assises ou debout, brèves ou longues, mais dans lesquelles s'expriment et se transmettent les informations.

– **La douleur et la souffrance, les incertitudes concernant les traitements, les situations difficiles, les pronostics sombres, la qualité de vie sont des facteurs insuffisamment pris en compte**, mais qui concourent à l'épuisement émotionnel des soignants. Nous les avons nommés en reprenant la formule de Goldenberg (1) les « *désespoirs thérapeutiques* ». Toutes ces situations sont liées aux limites de possibilités médicales et à la finitude de l'être. Trop souvent les problèmes d'éthiques ne sont abordés qu'au dernier moment, ou en comité restreint. Pendant ce temps, ils demeurent, stagnent... « *les situations pourrissent* » comme on l'entend souvent dire par les soignants qui doivent les assumer. Garder en soi une question d'éthique est source d'épuisement professionnel.

De plus, beaucoup de soignants ne savent même pas que les questions qu'ils se posent sont de vraies questions intelligentes. Pour paraphraser une réplique de théâtre célèbre, « *beaucoup pensent éthique* » sans le savoir, comment Monsieur Jourdain avec la prose...

1– Goldenberg E. – *Comment aider des soignants en souffrance ? Krankenpflege-Soins Infirmiers*, mai 1988.

Extrait de : Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants, P. Canoui, A. Mauranges. Elsevier-Masson, 4^e éd., 2008, 256 pages

À lire. *Le burn-out à l'hôpital.*

Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants

Cet ouvrage définit le concept d'épuisement professionnel des soignants et indique ses limites, permettant de le situer au plan clinique et psychopathologique. En positionnant la relation à l'autre au centre de ce syndrome, les auteurs en révèlent la spécificité : quand la relation d'aide « tombe malade », la symptomatologie est celle d'un burn-out. Les auteurs font le point sur les facteurs de stress spécifiques, les stratégies d'adaptation et indiquent les instruments d'évaluation d'un burn-out. Ils accordent ensuite une large part aux réponses institutionnelles et individuelles pour y remédier, débouchant sur les possibilités de prévention comme la notion de développement personnel chez les soignants, et les aspects éthiques. Une introduction d'une étude sur la santé mentale des infirmières et des travaux concernant la notion de hardiesse psychique sont également proposés ainsi qu'un éclairage sur le contexte de pénurie des effectifs paramédicaux.

• P. Canoui, A. Mauranges. Elsevier-Masson, 4^e éd., 2008, 256 pages.

Il s'est installé progressivement, dans une tentative de se protéger du stress chronique que nous avons décrit plus haut.

Si la déshumanisation de la relation avec autrui est présente dans tout burn-out quelle que soit la profession, on comprend bien que cet item n'a pas la même incidence dans d'autres métiers.

Quand la relation d'aide tombe malade, le soignant ne peut tout simplement plus exercer son métier. Et pourtant il va continuer au prix d'un effort considérable, d'une lutte intense pour malgré tout tenter de remplir sa mission. Sa santé peut être atteinte. Celle d'autrui aussi.

Le métier de soignants n'est pas un métier comme les autres car au cœur de celui-ci se trouve souvent une aspiration à aider autrui, motivation de choix de cette profession. Cette observation clinique a fait écrire à Herbert Freudenberger (5) : « *l'épuisement professionnel des soignants est une maladie de l'âme en deuil de son idéal* ».

LA CONFRONTATION À LA SOUFFRANCE

Les deux autres critères du burn-out sont communs à toutes les formes de burn-out quel que soit le travail concerné :

– l'épuisement émotionnel caractérise le sentiment éprouvé par une personne vidée de son énergie, stressée, devenue

incapable de faire face à une demande nouvelle sans exploser ou s'effondrer.

– La perte de l'accomplissement de soi au travail s'exprime dans le sentiment d'échec professionnel, d'inutilité, de baisse de motivation au travail avec son corollaire : changer de travail.

Dans les facteurs déterminants du burn-out des soignants, on retrouve donc des facteurs communs à toute pathologie du travail : les conflits interpersonnels au travail, l'insuffisance de reconnaissance, la surcharge de travail, une exigence de performance et de rentabilité excessive, la mauvaise organisation de travail, des soutiens défaillants, des moyens insuffisants pour permettre la réalisation de tâches demandées...

Mais il existe aussi des facteurs spécifiques que nous ne pourrions qu'énumérer ici (voir aussi encadré) :

– la confrontation à la souffrance et la mort ;
– l'insuffisance de prise en compte des problématiques psychologiques et éthiques en santé ;

– les difficultés de relations avec les familles de malades, l'annonce de pronostic sombre ;

– l'insuffisance d'accompagnement des personnes malades en situation de détresse ;

– l'insuffisante prise en compte de la qualité de vie, une médecine de l'homme devenue une médecine d'organe dans une

perspective un peu trop technico scientifique et insuffisamment humaniste...

Ces éléments sont issus des enquêtes auprès de soignants (9). Chacun d'entre eux mérite une réflexion particulière afin que la médecine ne perde pas son âme.

EN CONCLUSION

Ainsi le burn-out, phénomène de société reconnu, met en exergue les difficultés de relation de l'homme avec son travail. Mais si l'homme tombe malade de son travail, il faut aussi se demander si celui-ci n'est pas lui-même malade de notre société actuelle (voir aussi l'article de P. Chabot, p. 62).

Si le burn-out des soignants mérite d'être identifié, c'est d'abord parce qu'il a une psychopathologie particulière liée à la perte de capacité d'empathie et donc d'exercice. Mais en devenant ce qui ressemble parfois à une véritable épidémie, le burn-out des soignants nous renvoie à une réflexion en profondeur sur l'éthique du soin et la dynamique de la relation d'aide. C'est peut-être la chance du burn-out des soignants. À nous de la saisir.

1– Yves Léopold. *Les médecins se suicideraient-ils plus que les autres ? Infos ordinales*, janvier-février 2003.

2– P. Canoui, A. Mauranges. *Le burn-out à l'hôpital. Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants*. Elsevier-Masson, 4^e éd., 2008.

3– Rodary C. et Gauvain-Piquard A. et al. *Stress et épuisement professionnel*. Objectif Soins, 1993, 16, p. 26-34.

4– Bradley H. B. *Community-based treatment for young adult offenders*, in *Crime and Delinquency*, 1969, 15(3), 359-370

5– Freudenberger H. J. (1970) *L'Épuisement professionnel. La brûlure interne*, Québec, Gaétan Morin éditeur, 1987.

6– Claude Veil. *Les états d'épuisement. Le Concours médical, Concours médical*, 1959, p. 2675-2681

7– P. Canoui, A. Mauranges, op. cit.

8– Maslach J., Jackson S. *Maslach Burn-out Inventory*. Consulting psychologist press, Palo Alto, 1996.

9– P. Canoui, A. Mauranges. op. cit.

Résumé : Le burn-out touche en particulier les soignants, dont la relation à l'autre constitue le cœur de leur métier et souvent leur motivation principale. L'auteur explore les spécificités du burn-out du soignant et montre comment le dépistage en amont et la réflexion éthique sont des facteurs de protection importants.

Mots-clés : Concept – Déshumanisation – Épuisement professionnel – Expression de l'émotion – Psychopathologie – Relation d'aide – Soignant – Stress.

Rejoignez-nous sur www.santementale.fr



- Profitez des bonus du site
- Téléchargez des articles, des dossiers, des e-books
- Créez votre compte client pour gérer votre abonnement et vos achats
- Abonnez ou réabonnez-vous en un seul clic
- Visitez nos espaces emploi et formation
- Profitez des offres promotionnelles : soldes, remises

Le sentiment de satisfac

Une recherche en soins sur l'activité informelle des infirmiers en psychiatrie permet de dégager les principaux facteurs qui contribuent à générer un sentiment de satisfaction au travail, meilleur rempart contre le burn-out. Dans cette perspective, les soignants pointent en particulier l'importance de parvenir à un équilibre entre travail prescrit et initiative.

La satisfaction professionnelle est souvent liée au fait que les travailleurs aiment ou non leur métier. Un travail apprécié donne alors un sentiment d'accomplissement, de réponse à ses aspirations, au premier rang desquelles, la possibilité d'être en mesure de « *bien faire* » son travail (1).

Dans le cadre d'une recherche en soins (voir encadré) sur l'activité informelle des infirmiers en psychiatrie (en hospitalisation temps plein), cette question de notre guide d'entretien concluait l'interview : « *Pour vous, quels sont les éléments à réunir pour dire que vous avez passé une bonne journée au travail ?* » Initialement, nous avions pensé aborder cette thématique de la satisfaction au travail sous l'angle d'un questionnement visant à en réunir les éléments constitutifs. Cette démarche prospective renvoyait alors appel aux manques, aux attentes non satisfaites, aux correctifs à apporter au réel de l'activité des professionnels. Mais ce type d'interrogation nous éloignait de notre objectif. Notre propos n'était pas de repérer ce qui est par nature perfectible, mais de s'appuyer sur l'expérience de ce qui fonctionne. Nous avons donc choisi une formulation qui recherche cet existant et avons constaté que la mobilisation et l'identification

d'expériences positives, si elles sont moins souvent convoquées et énoncées que les insatisfactions, constituent néanmoins des séquences riches d'enseignements.

Les éléments de satisfaction au travail nous sont apparus comme un indicateur puisant mobilisant les questions d'organisation, de finalités, de sens, d'utilité sociale, d'autonomie et de plaisir. Ces derniers termes agissent comme autant d'éléments protecteurs face à des situations exposantes. Inversement, l'absence de ces facteurs protecteurs, notamment dans un contexte d'insatisfactions professionnelles soutenues et récurrentes, génère anxiété, stress négatifs, et détresse pouvant évoluer vers un burn-out.

Ces éléments protecteurs traduisent le réel, ils sont le fruit de l'expérience et fixent les priorités des soignants.

12 thèmes ont été dégagés lors de l'analyse thématique, nous en présentons quatre, numériquement et symboliquement importants.

LA MARGE D'INITIATIVE

Plus des deux tiers des personnes interviewées évoquent spontanément l'importance d'un équilibre entre le travail prescrit et l'initiative. Plusieurs idées convergent pour définir ce critère, parmi lesquelles nous retrouvons l'importance de garder une marge d'amortissement devant la pression des tâches à réaliser.

Celle-ci est évoquée à travers des formulations comme « *ne pas courir... voir au fur et à mesure... faire trop vite empêche d'avoir un temps de retour... prendre le temps de faire* ». La peur de faire des erreurs est aussi présente : « *n'avoir rien oublié...*

n'avoir pas fait d'erreur... avoir pu finir mon travail » entendu ici avec sa marge d'appropriation.

La crainte d'être débordé se traduit par la mise en cause de la disponibilité, de la qualité de réponse (« *pouvoir répondre sans débordement* ») et par une perte de chance (« *avoir raté une occasion* »). Une forte sollicitation peut satisfaire le cadre de santé : « *Moi par contre j'étais content parce que la masse de problèmes qui m'était présentée ce matin avait trouvé une réponse* », mais ne pas être partagée par l'infirmier. Ce même cadre de santé relève des exigences liées aux logiques soignantes : « *Mais ce n'était pas suffisamment satisfaisant, il n'y avait eu pas assez de temps mort. L'enchaînement avait été trop fort, ce qui lui nuisait était le manque de temps informels.* »

Les éléments qualitatifs sont formulés de différentes manières : pour un infirmier, « *avoir bien bossé est différent d'avoir beaucoup travaillé* ». Pour d'autres, cela résulte de l'atteinte des objectifs qu'il s'était assigné : « *ce qui devait être fait a été fait* » et la référence au devoir n'est pas liée ici à la seule réalisation du prescriptif. Avoir pu « *effectuer mon rôle propre* », « *atteindre mes objectifs, vis-à-vis de moi, des patients et des collègues* » constitue des objectifs professionnels individualisés.

Dans ce rapport entre travail prescrit et initiative, un objectif apparaît bien partagé, celui « *d'avoir vu tous les patients un moment* », « *d'avoir pu voir tout le monde* », « *d'avoir pu parler à tout le monde* » ou encore « *d'avoir eu un mot pour chacun* ».

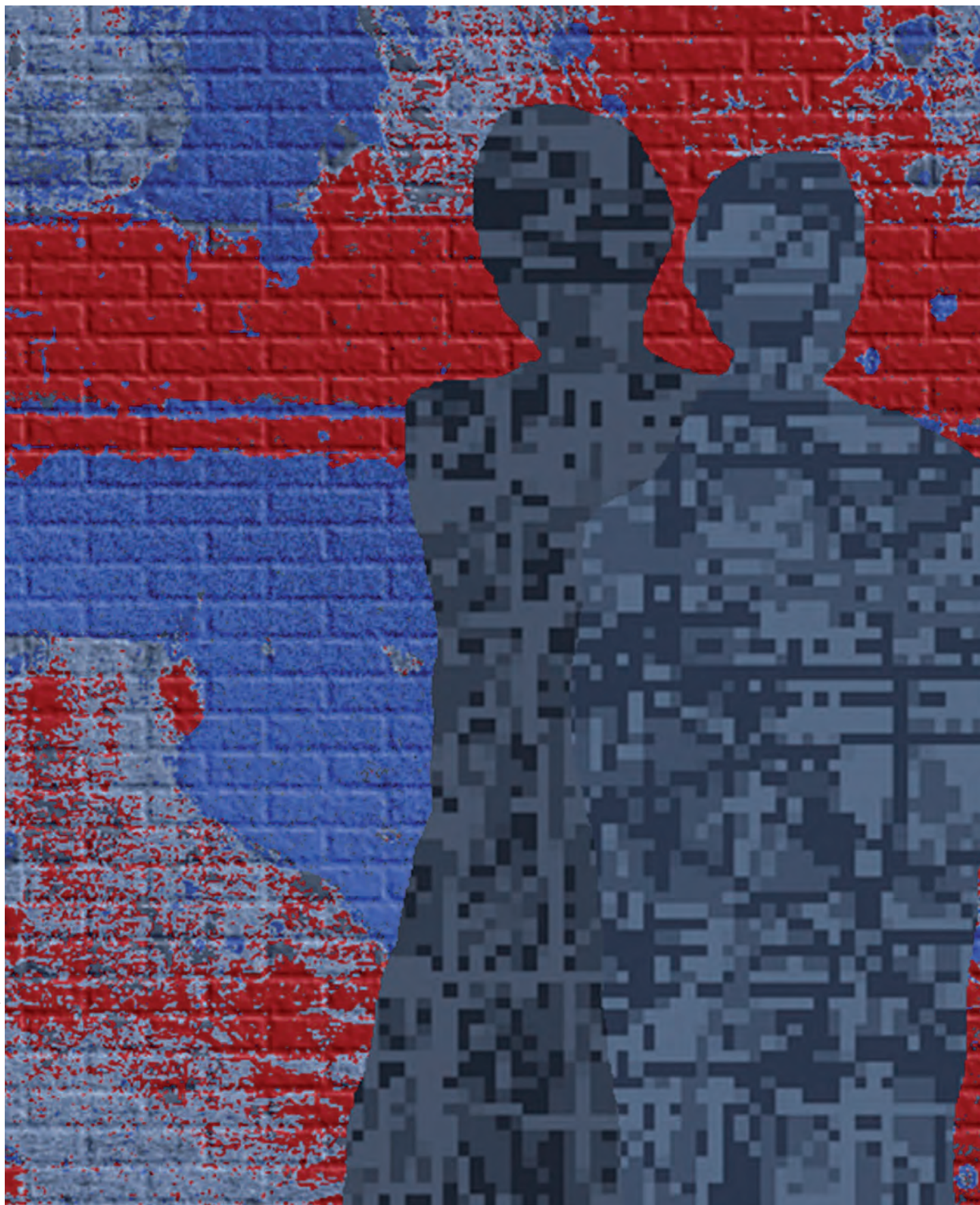
Jean-Paul LANQUETIN

ISP, Praticien chercheur en soins infirmiers, CH de Saint-Cyr au Mont d'Or.

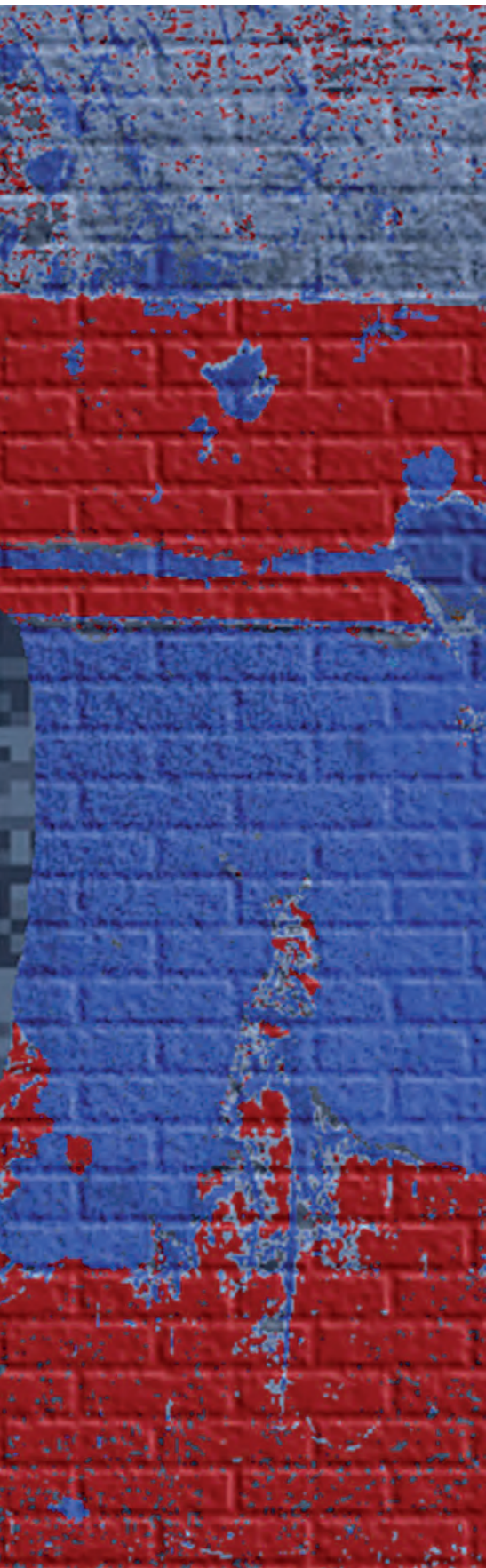
tion au travail



© Christian Falet. No Face C n° 25, 2009.



© Christian Falet. No Face C n° 28 (détail), 2009.



Cette exigence de contacts avec chaque patient évoque la représentation d'un travail « bien fait » et s'inscrit dans une dynamique d'unité. L'expérience asilaire nous a enseignés cependant qu'au delà de 20-25 lits, cet objectif ne tient plus. Ce dont témoigne cet infirmier : « Une bonne journée, cela va être quand ma collègue à la relève va me poser des questions sur les patients et où j'aurais alors un mot à dire sur chacun parce que j'ai l'impression d'avoir été là pour tous. » À côté du rôle prescrit coexiste un prévisionnel d'activités lié aux initiatives : « Avoir pu réaliser mon idée », « m'être donné les bonnes priorités », « réaliser les tâches et avoir du temps informel ». Ou encore : « Avoir pu faire mes tâches et rester disponible », « Combiner les tâches et l'informel », « limiter la programmation pour garder mon prévisionnel » ou encore en quittant son service sur un écart : « Ne pas avoir à penser à des choses que je n'ai pas faites et que j'aurais voulu faire. » La satisfaction au travail survient quand cette infirmière « a pu faire un peu autre chose que ce qui est programmé ».

Pour les infirmiers, une bonne journée au travail passe par la réunion et le solde de cette double tension d'activité. Faire ce qui doit être fait et faire ce que le professionnel pense ou souhaite réaliser pendant sa séquence. L'équilibre entre rôle prescrit et rôle propre, ou encore entre ce qu'il faut faire et ce que le professionnel à envie de faire, constitue donc un élément significatif pour le vécu de satisfaction au travail. Cet équilibre entre ces deux tensions de travail est en ce sens une donnée structurelle.

Nous relevons que l'attribut de cet invariant se traduit par l'exigence d'équité qui consiste à porter au quotidien une attention à chaque patient hospitalisé. Ce que résume par la négative le propos de cet infirmier : « Le plus fort de l'insatisfaction, c'est quand on a passé une journée et pas vu un patient », ce soignant précisant que « voir » ici dépasse le simple échange de civilités et nécessite une marge de temps.

Ces constats sont partagés et soulignés dans l'étude Presst-Next. Madeleine Estryn-Behar (2) observe alors que : « L'insatisfaction de la qualité de son travail est particulièrement difficile à supporter pour les soignants comme l'ont montrée les résultats statistiques. Mais, recommander de travailler autrement et former à

l'accompagnement, ne font qu'aggraver la souffrance de ceux qui terminent chaque journée avec des inquiétudes et des regrets sur ce qu'ils n'ont pas pu faire pour soutenir "leurs" malades. »

L'écart ainsi répété entre la réalisation de la tâche et le travail souhaité par le professionnel est porteur de souffrance. À l'inverse, s'approprier sa manière de travailler, s'autoriser son déploiement dans le cadre du rôle propre, partager ses valeurs professionnelles dans un collectif de travail constituent des vecteurs à la fois de sens, de ressources et de protection.

ÊTRE UTILE ET EFFICACE

Plusieurs idées convergent pour illustrer l'importance du sentiment d'utilité et d'efficacité soignante. Ce ressenti se construit en regard du soin. Aider, soulager, progresser en seront ses principales déclinaisons et les professionnels savent qu'il n'y a rien de spectaculaire et beaucoup d'invisibilités dans leurs actions quotidiennes. Il existe un apprentissage de l'humilité, comme l'exprime cette infirmière : « Avant, je n'aurais pas cru pouvoir être humble, en fait c'est en étant confronté au réel au fur et à mesure que je me dis que j'ai été prétentieuse. » Le sentiment d'utilité est un élément constitutif de l'identité soignante. Il est déterminé par la raison sociale de l'activité ou du service rendu et s'inscrit en cohérence avec la tâche primaire. Dans les soins en psychiatrie, ce médecin observe « que nous sommes dans un environnement professionnel où vous n'avez pas de gratification financière selon que l'on travaille bien ou mal. Le salaire est le même. La satisfaction, c'est le sentiment d'avoir été utile (...) la constatation d'une réussite là où nous vivons environnés de nos échecs ».

Ce sentiment d'être utile s'adapte à la tâche primaire et aux contingences des soins en psychiatrie. Il s'appuie sur des avancées apparemment modestes, mais réelles, comme le relate cet infirmier : « Voilà, quand j'ai apporté des réponses aux patients, là je suis satisfait » ou pour ce médecin : « quand on a l'impression d'avoir fait quelque chose de bien pour les patients (...) où l'on a pu constater l'utilité de notre action ».

Pour cette infirmière, la satisfaction se ressent « quand on voit une amélioration chez les patients, c'est vraiment bien. Ou quand eux le disent et que nous remarquons

une stabilisation. » Un autre infirmier témoigne « du sentiment d'avoir aidé des personnes, d'avoir suffi, d'avoir contribué à ce que les choses se dénouent un peu ». Pour ce médecin, la satisfaction passe par « des indices montrant que le travail qu'ils font (les infirmiers, Ndr) apporte des bénéfices au patient, que ça bouge un tout petit peu ».

Plusieurs soignants évoquent une satisfaction et un sentiment d'utilité quand ils arrivent à « construire du lien... créer du lien... apporter du lien » et cela particulièrement quand ils ont pu provoquer une occasion au bon moment : « Là où je suis satisfaite, c'est quand j'ai le sentiment d'avoir été là au bon moment (...) d'avoir pu accueillir l'autre correctement, d'avoir pu l'aider, d'avoir pu dégager du sens. » Dans ces moments, ces soignants peuvent « accrocher le patient, avancer », « trouver une accroche », c'est-à-dire le bon moment, le bon mot, le bon support, la bonne proximité pour qu'une rencontre se produise.

« PAS UN CHAPEAU DE VENDU »

« On fait un boulot passionnant, mais parfois usant parce qu'on a l'impression que cela n'avance pas. Se dire que les choses ont avancé, c'est important. Un collègue me dit "Encore une journée de travail et pas un chapeau de vendu", pour dire que rien n'a avancé, que l'on part en se disant que ça n'a servi à rien. Et je crois que c'est important d'avoir l'impression que des choses ont progressé ; quelqu'un qui va mieux, une rencontre avec une famille, une situation que l'on a comprise. Ou encore que l'on a accroché une relation, quelque chose

s'est noué. Le sentiment d'avoir avancé avec un patient, pouvoir se dire "J'y suis arrivé" quand on n'arrivait pas à le faire les jours précédents. Bien bosser, ce n'est pas, j'ai fait des choses, c'est je suis arrivé à accrocher une relation avec un patient, je suis arrivé à dépasser une peur. Cela ne se voit pas, cela se vit ».

Ce témoignage résume bien les facettes de la satisfaction au travail en lien avec le sentiment d'utilité, qui se situe dans les méandres et les plis du quotidien, dans les recoins de l'activité. Rien de spectaculaire, que du vernaculaire... un travail en profondeur sur l'ordinaire dont les effets se mesurent par des critères sensibles et une lente maturation.

Le sentiment d'utilité se construit sur l'humilité d'accepter de modestes avancées. Pour ces soignants, l'avancée compte au final moins que le mouvement, qui symbolise la vie et définit l'effet de l'activité soignante. L'utilité et l'efficacité se situent dans les détails, dans cet accessoire dont nous avons vu le côté essentiel, dans ce « miracle de l'ordinaire » évoquée par Blandine Ponet (3) : « Seuls l'invisible, l'inouï permettent de tenir compte de ces "petits riens" ». Il ne s'agit pas de surestimer de modestes évolutions, même s'il n'y a pas d'évolutions modestes en psychiatrie, mais de prendre la mesure du sens de cette évolution ainsi que de l'investissement et du travail qu'elle a représenté.

Anne Marie Norgeux (4) prend cette mesure quand elle écrit : « Quel travail invisible a été accompli pour que Monsieur X. prenne enfin une douche et change de vêtements sans être saisi de panique, pour que Madame Y. soit là,

assise à table, pour qu'untel agisse autrement qu'avec violence, et qu'une telle parvienne à quitter son lit ? Qu'est ce qui les a rendus un instant désirants ? Désirants ou seulement un peu plus présents ? Bien sûr, il est souterrain, ce travail-là. Difficile à repérer à quantifier, très obscur... » Dans ce travail infirmier, il existe une appropriation de ces actions informelles. Le sentiment d'utilité et d'efficacité résonne (et raisonne) de son lien organique avec la tâche primaire et constitue un puissant vecteur de l'identité soignante.

UN SERVICE CALME

Le fait de trouver en arrivant et de laisser en partant un service calme et une régulation satisfaisante est citée dans un quart de nos réponses. Parmi elles, les infirmiers de nuit sont très représentés. Le calme de la nuit est logiquement associé à un critère qualitatif qui rejoint ici la tâche primaire. Ce soignant résume ainsi son appréciation : « Quand tout s'est bien passé, quand tout a été très calme, alors c'est aussi une bonne nuit de travail. » Un premier infirmier de nuit explique qu'une bonne nuit se définit quand « tout s'est bien passé, quand les patients ont passé une bonne nuit avec un sommeil réparateur », un deuxième affirme : « Le sentiment de satisfaction, c'est le sommeil, ça, c'est clair ! » et un troisième confirme : « s'ils arrivent à dormir, à avoir un bon sommeil, on est quand même là pour que le sommeil se passe le mieux possible ». Du côté des infirmiers de jour, ce souci est partagé. Le sentiment de satisfaction s'exprime alors par un : « Si je laisse un service relativement calme à mes collègues. »

Enfin, un petit nombre de professionnels associe une bonne journée à la qualité d'ambiance générée dans l'unité entre soignant et soigné. Le sentiment de satisfaction s'exprime alors : « Des fois, cela ne tient à pas grand-chose, des fois juste l'ambiance du service » ou simplement lorsqu'« on passe des bons moments avec les patients » ou que le climat de l'unité est propice à ce qu'il règne « une bonne entente ».

L'ambiance de travail agréable est évoquée de manière significative. Les infirmiers soulignent une séquence de travail vécue « avec des bons moments », « des moments de convivialité partagée » à l'occasion d'événements de vie pour un des membres de l'équipe. Le rire et l'humour sont retenus comme indicateurs

L'informel dans les soins en psychiatrie

Validée et financée par le Conseil scientifique de la recherche du CH le Vinatier (69), ce travail sur l'informel dans les soins en psychiatrie est une recherche qualitative descriptive appliquée au domaine des soins infirmier. Elle vise à identifier, qualifier et surtout caractériser les fonctions de l'informel dans le soin infirmier en psychiatrie, objectiver les savoir-faire mobilisés, mais aussi leurs impacts et leurs spécificités, et affirmer la nécessité d'asseoir ces pratiques.

Les résultats présentés ici proviennent de l'outil d'investigation par entretien, avec un questionnaire destiné aux populations infirmières et aux populations témoins ; professions cadres et médicales (dans une proportion de quatre infirmiers pour un cadre et un médecin). 43 personnes ont été interviewées sur quatre sites hospitaliers représentant huit unités de soins. Les éléments recueillis ont fait l'objet d'une analyse thématique à partir du dégagement des idées centrales.

• **L'informel dans le travail infirmier en psychiatrie, Groupe de recherche en soins infirmier, non publié, 2013, 430 pages, disponible auprès J.-P. Lanquetin, grsi@ch-st-cyr69.fr et S. Tchukriel, grsi@ch-le-vinatier.fr**

À lire également : **Travail d'équipe et activité informelle, J.-P. Lanquetin, Santé mentale, n° 186, mars 2014.**

qualitatifs d'une bonne journée : « *Une bonne journée, c'est une journée où l'on a bien bossé et un peu ri* », nous dit ce médecin. Le rire peut aussi être destiné au patient : « *Il est important de faire rire ou sourire* » commentera un infirmier. D'autres aspects concernent une « *conflictualité non dangereuse* » capable d'accueillir les désaccords sans les vitrifier. Il s'agit, quand on quitte son service, de pouvoir « *dire au revoir à tout le monde avec le sourire* » ou pour ce cadre de santé « *quand on sort et que l'on a le sourire, c'est que l'on a passé une bonne journée* ».

L'ABSENCE DE « PAQUET » APRÈS LE TRAVAIL

Le constat d'une absence de charge mentale et psychique résiduelle apparaît comme un indicateur pertinent de la bonne journée. Un premier cadre de santé exprime ainsi sa perception : « *Je pense que je sais très vite si j'ai passé une bonne journée ou pas. Quand je sors du service et que je n'y pense plus, alors c'est que j'ai passé une bonne journée. (...) si je me mets à ruminer, alors ce n'était pas le cas.* » Ce propos est repris par d'autres professionnels dont cette infirmière, satisfaite quand « *elle ne part pas avec un paquet trop difficile à porter* ». Le temps de trajet vers le domicile est parfois propice au dépôt : « *Si l'on part avec des choses difficiles à vivre et qu'on les garde jusqu'à arriver chez soi, alors on n'a pas passé une très bonne journée.* »

Le corollaire de l'absence de « paquet » se traduit par « *l'envie de retourner travailler, de continuer* ». Ce sentiment est partagé par cette infirmière qui constate : « *Si je ne suis pas là à ressasser ! C'est grâce à cela que je sais si cela s'est bien passé. Et si j'ai envie de revenir le lendemain.* » Enfin, un quart des réponses associent la question du sens, en termes de réflexions sur les soins, et « *l'envie de revenir le lendemain* ». Cette dernière perception agissant comme un indicateur également du sens de leur travail.

EN CONCLUSION

Les résultats de notre recherche donnent une visibilité au réel de l'activité des infirmiers en psychiatrie. Par sa souplesse, sa malléabilité, sa réactivité et sa capacité à s'immiscer dans les moindres méandres du quotidien avec le malade, l'activité informelle dans les soins fondent la pertinence de ce métier. C'est une possibilité pertinente des soins.

Nous notons que la thématique de la reconnaissance (voir l'article de B. Vidaillet, p. 56), souvent mise en avant dans le repérage sur les éléments d'insatisfaction au travail, est quasiment absente des résultats de notre étude. Cette reconnaissance est à différencier de la gratitude, émanant ici du côté des patients qui, elle, apparaît dans nos thématiques liée à la satisfaction au travail.

L'émergence de ces thématiques liées à la satisfaction au travail confirme que le travail ne peut jamais être ramené à la

tâche. En psychiatrie, dans le travail infirmier, c'est l'appropriation qui permet de générer le sentiment bénéfique du travail « *bien fait* ». Ne prendre en compte que la tâche au détriment des dimensions de satisfaction au travail amène à un constat également porté par Marie Alderson (5) : « *L'ensemble de ces éléments restreint le plaisir, génère un manque de sens dans le travail, porte atteinte à l'identité professionnelle des infirmières et fragilise leur santé mentale.* »

La satisfaction au travail, si elle a un effet bénéfique sur la santé des soignants, entretient des effets directs sur la qualité des soins, et dans le cadre de notre recherche, sur la qualité du soin.

1- Yves Clot, *Le travail à cœur. Pour en finir avec les risques psychosociaux*, Paris, 2010, Éditions La Découverte, 190 pages, page 172.

2- Madeleine Estryn-Behar, *Protocolisation et/ou collectif de travail? Outil informatique et/ou personnalisation des soins?*, 2009, www.prest-next.fr

3- Blandine Ponet, *L'ordinaire de la folie*, Éditions Érès, mai 2006, 110 pages, page 86.

4- Anne Marie Norgeux, *La Borde, le château des chercheurs de sens*, Éditions Érès, 2009, 123 pages.

5- Marie Alderson, *Analyse psychodynamique du travail infirmier en unités de soins de longue durée, entre plaisir et souffrance*, *Recherche en Soins Infirmiers*, n° 80, mars 2005, p. 76-86, p. 80.

Résumé : Une recherche en soins, intitulée *L'impact de l'informel dans le travail infirmier en psychiatrie* a mis en évidence quatre facteurs importants de satisfaction au travail. Parmi eux, le fait d'atteindre un équilibre entre ce que le professionnel doit faire (la prescription) et ce qu'il veut faire (du côté de son initiative et donc du rôle propre) est un élément majeur et peut être considéré comme une protection face au burn-out.

Mots-clés : Infirmier – Prévention – Recherche – Reconnaissance professionnelle – Relation soignant soigné – Risques psychosociaux – Rôle propre – Satisfaction – Soins psychiatriques – Temps informel – Travail.

Retrouver le plaisir de soigner

Une consultation de prévention de l'épuisement professionnel des soignants

Depuis 2012, le **Groupe Pasteur Mutualité** propose à ses adhérents une consultation de prévention de l'épuisement professionnel destinée aux soignants

La souffrance au travail des soignants avec son cortège d'addictions, de troubles anxio-dépressifs et du comportement voire de suicides, reste un sujet tabou. Dès 2008, **Groupe Pasteur Mutualité** met en évidence, lors d'un colloque précurseur sur ce thème (1), qu'à l'instar de la Catalogne (2), une approche spécifique et anonyme, conduite par un médecin formé aux soins aux soignants est à privilégier. Il s'agit de permettre au soignant en souffrance de prendre conscience de ses pathologies et d'entrer dans une démarche de soins.

Progressivement, en partie grâce aux médias, les choses évoluent. Une prise de conscience s'amorce et des actions émergent. Face à la montée en puissance de ces risques psychosociaux, véritables « pathologies professionnelles » rarement reconnues, **Groupe Pasteur Mutualité** choisit de proposer à ses adhérents (médecins libéraux, hospitaliers, professionnels de santé et étudiants) une consultation spécialisée de prévention de l'épuisement professionnel. En 2010, le bien-fondé de cette consultation est confirmé par une enquête interne menée auprès de plus de 3 700 médecins qui estiment à 86 % qu'ils auront besoin un jour d'un tel dispositif pour évaluer leur niveau de stress et d'épuisement professionnel. En 2012, la consultation est mise en place et propose une évaluation et un bilan de la situation puis une orientation éventuelle. Un suivi au long cours peut également être envisagé. Elle est assurée par un réseau national de médecins consultants spécialement formés. Gratuite, elle se tient dans le plus strict respect de l'anonymat et de la confidentialité.

L'IDÉAL SOIGNANT MIS À MAL...

Mettre des mots sur son vécu et sa souffrance et accepter d'en parler à un professionnel reste une démarche difficile pour un soignant, habitué sans cesse à repousser ses limites et à faire taire ses symptômes pour remplir sa mission de soin. Tout puissant ou mis à mal parfois par ses patients, il ne s'autorise aucune faiblesse, écartelé sans cesse entre son idéal, son éthique, les patients et les tâches administratives, reléguant au second plan sa famille et ses besoins propres.

Lorsqu'un soignant perd la maîtrise de son temps et s'épuise émotionnellement, il adopte alors des comportements de fuite et de retrait. Il se consume de l'intérieur, sans rien laisser transparaître, et se considère comme un mauvais soignant. Un médecin spécifiquement formé, peut alors, en miroir, au sein d'une relation thérapeutique clairement définie, faire alliance et percer le mur de l'incommunicabilité. Cette consultation peut aider ce soignant à prendre conscience que le burn-out se met en place insidieusement et qu'un événement peut faire brutalement tout basculer : plainte, altercation, pression de la hiérarchie, erreur médicale, divorce...

RETROUVER LE PLAISIR DE SOIGNER

Tous les soignants sont concernés par la souffrance au travail comme en témoignent les statistiques de fréquentation de la consultation : libéraux, hospitaliers, et de plus en plus de jeunes diplômés en demande d'aide face à la gestion de situations complexes et anxiogènes. Il nous arrive fréquemment lors du premier contact (débriefting réalisé par une assistante sociale spécialisée), avant même la prise de rendez-vous avec le médecin du réseau, de devoir dédramatiser et rassurer le soignant enfermé dans une vision faussée de lui-même et de sa valeur et un déni de ses symptômes d'épuisement.

Dès qu'il ne se sent plus apte à exercer, il ne se sent plus digne d'exister. À un certain stade, il n'a plus conscience qu'il peut être dangereux pour lui-même (passage à l'acte) ou pour les autres (erreurs médicales). À un stade ultime, il ne voit plus d'issue.

En parallèle à la consultation, une aide financière et sociale, un soutien psychologique peuvent se mettre en place, sachant qu'un faisceau de difficultés cohabite souvent. Notre souci premier est de permettre au soignant de se faire prendre en charge avec si besoin un arrêt maladie. Cette éventualité reste souvent difficile à envisager quand le soignant se trouve dans un équilibre financier précaire.

Notre réseau national de médecins consultants est composé pour un tiers de médecins généralistes, un tiers de psychiatres et un tiers de médecins du travail formés spécifiquement à l'écoute et aux soins aux soignants.

La consultation est gratuite et prise en charge par l'action sociale du **Groupe Pasteur Mutualité**. Elle dure entre une heure à une heure trente et permet d'analyser avec distance le contexte, de décrypter les symptômes, d'évaluer le niveau d'épuisement. Elle a pour finalité d'aider le soignant à prendre conscience des facteurs de risques et des comportements qui pourraient le conduire au burn-out et au point de non-retour.

Ce bilan permet de structurer le suivi : arrêt de travail, orientation vers un psychiatre, thérapie comportementale et cognitive, ateliers de gestion du stress... ou parfois hospitalisation. Aider à stopper les engrenages destructeurs, retrouver la maîtrise de sa vie et le plaisir de soigner, tel est l'enjeu de ce dispositif au cœur d'une formidable solidarité médicale.

1 – Vulnérabilité et souffrance du soignant. Groupe Pasteur Mutualité, 2008.

2 – A. Arteman, Programme d'aide intégrale aux médecins malades de Catalogne.

Martine PACAULT-COCHET,

Assistante Sociale Spécialisée,
Responsable du service d'Action Sociale
du **Groupe Pasteur Mutualité**

Les adhérents de Groupe Pasteur Mutualité peuvent être mis en relation avec un des médecins du réseau via le Service d'Entraide du Groupe en contactant le 01 40 54 53 77 ou en adressant un message à consultationprevention@gpm.fr

- Le site www.souffrancedusoignant.fr permet aux professionnels de santé de s'informer sur le burn-out, d'évaluer leur niveau d'épuisement professionnel et de prendre connaissance des dispositifs d'accompagnement mis à leur disposition par Groupe Pasteur Mutualité.

- **L'Association pour la Promotion des Soins aux Soignants (APSS)** dont Groupe Pasteur Mutualité est un des membres fondateurs vise à promouvoir les actions de prévention menées en matière de pathologie psychique et addictive et à organiser la prise en charge médicale et sociale des médecins qui en font la demande.

Les métiers de la santé ont l'esprit de famille !



AGMF Prévoyance - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité n°775 666 340 -
34, boulevard de Courcelles 75809 Paris Cedex 17 - daxin&co...

Reconnaissance au travail :



© Christian Fafet, No Face A n° 7, 2009.

mission impossible ?



Pour les paramédicaux, la question de la reconnaissance est importante et paraît faire sens. Sans une place « garantie », leur lutte pour être reconnu risque d'absorber une grande partie de leur énergie psychique.

On ne cesse d'entendre et de lire qu'il y aurait une problématique de la « reconnaissance au travail » : salariés non reconnus souffrant terriblement de ce « manque de reconnaissance » et s'en plaignant ; organisations incapables de répondre à ce besoin et devant y travailler. La question qui hante les directions des ressources humaines et que l'on entend aussi posée par les syndicats est ainsi la suivante : comment répondre au besoin de reconnaissance des salariés ? Quelles sont les meilleures pratiques à cet effet ? Pourtant, ici, le problème est mal posé, ce qui conduit non seulement à ne pas pouvoir le résoudre, mais, de manière bien plus préoccupante, à l'aggraver. La psychanalyse, notamment lacanienne, peut nous aider de manière significative à nous y retrouver.

UNE NOTION FOURRE-TOUT

Au préalable, regardons de plus près ce qui se cache derrière la demande de reconnaissance. Celle-ci porte généralement sur des choses très différentes : revendications de salaires, de statuts, mais aussi de façon plus diffuse sur la personne elle-même, le « respect » et la dignité auxquels chacun a droit. Objet insaisissable, elle est à la fois individuelle et collective, concerne autant la personne que le travail et peut être financière comme « symbolique ». Elle renvoie généralement à une attente de reconnaître :

- les résultats. La reconnaissance au travail est alors considérée comme venant récompenser des résultats effectifs, observables et contrôlables du travail et peut se traduire par exemple par un intéressement aux bénéfices, une commission, une prime ;
 - l'effort. En cas de mauvaise conjoncture, les salariés peuvent redoubler d'efforts sans que les résultats suivent. Cette conception de la reconnaissance porte sur l'effort, l'engagement et les risques encourus ;
 - les compétences. Il s'agit ici de reconnaître par exemple les savoir-être dans le souci porté à autrui, la qualité de la relation ;
 - la personne. Dans cette conception existentielle de la reconnaissance, il s'agit d'exister « aux yeux de » son chef, ses collègues, ses clients ; d'être rassuré, reconforté.
- Une telle variété devrait nous alerter. Comment reconnaître tous ces éléments la fois ? D'autant que ces différents points s'opposent parfois. Les outils mis en place pour reconnaître les résultats peuvent aller à l'encontre de ceux destinés à reconnaître les efforts puisque malgré ces derniers il arrive que les résultats ne suivent pas. Mais alors, qu'est-ce que la reconnaissance ?

UN TONNEAU DES DANAÏDES

Les psychanalystes sont fortement concernés par la question de la reconnaissance, et pas seulement au travail, que les sujets viennent sans relâche poser et reposer dans leurs cabinets. Derrière la reconnaissance, c'est la question du lien à l'autre, de sa possibilité, de ses malentendus, celle aussi du sujet et de son désir, qui se posent. La psychanalyse nous enseigne

Bénédicte VIDAILLET

Professeure agrégée des Universités
Université Paris Est Créteil, psychanalyste, Lille.

notamment que ce questionnement n'est jamais définitivement résolu pour le sujet et qu'il serait illusoire d'imaginer un système prétendant la régler une bonne fois pour toutes. Essayons de comprendre pourquoi.

Le psychanalyste Jacques Lacan définissait le sujet par son « *manque-à-être* » : au départ, le sujet existe mais n'a pas d'essence (1). C'est ce qu'expérimente chacun face à la vertigineuse question de savoir « *ce qu'il est* », « *qui il est* ». S'il existe une infinité de méthodes (tests de personnalité, typologies de comportement, astrologie...) pour y répondre, c'est que chacune passe toujours inmanquablement à côté de la réponse. Une tentative essentielle de répondre à cette question est de la poser sous la forme suivante : « *Que suis-je pour l'Autre ?* » Dans le vocabulaire lacanien, l'Autre s'écrit alors avec un A majuscule, pour le distinguer de ce « *petit autre* », double de soi, rival, modèle, voisin, celui qui nous ressemble ou dont on cherche à se distinguer. Bien au contraire, l'Autre, le grand Autre, a un statut particulier et asymétrique pour le sujet, puisque c'est à ses yeux et par sa bouche que le sujet essaie d'être reconnu, c'est-à-dire d'avoir la confirmation de ce qu'il est dans son désir, et pour lui.

Pour comprendre cela, revenons à la fameuse scène du stade du miroir célèbre dans l'enseignement de Lacan. Vers l'âge de 12 à 18 mois environ, l'enfant ne se reconnaît dans « *je* », ne s'éprouve comme « *je* », qu'au moment où l'image de lui qui lui est tendue dans le miroir est authentifiée comme étant « *lui* » par un Autre (un adulte référent à ses côtés). Il a tout d'abord besoin du regard de l'Autre, puisque c'est via ce regard que se constitue son moi. Il a également besoin de la voix et des mots de l'Autre qui le confortent : « *Regarde, c'est bien toi, là.* » Le langage vient se superposer à l'image, le sujet peut relier son prénom à une image de lui-

même. Le « *moi* » du sujet se précipite (au sens employé en chimie), prend consistance, au prix d'une double aliénation : le sujet « *se reconnaît* » dans une image qui lui apparaît initialement comme celle d'un autre ; cette reconnaissance passe d'abord par la reconnaissance par l'Autre. Pour Lacan, cet Autre est l'Autre symbolique : même s'il s'agit d'une personne réelle, celle-ci parle, utilise des mots qui renvoient à un ordre plus vaste, préexistant à l'enfant, avec ses règles et ses lois propres, qui lui a indiqué une place, avant même sa naissance, dans une filiation (son nom) et dans le désir de ses parents. Cette opération de reconnaissance, qui est fondamentale, se reproduit régulièrement, notamment à chaque fois qu'un nouveau mot est « *collé* » sur le sujet pour le désigner : lorsqu'il est amené à occuper une nouvelle place, qu'il acquiert un nouveau titre, un nouveau grade, un nouveau statut, il devient par exemple « *mari de* » ou « *femme de* », « *père* » « *mère* »... Il faut alors qu'à son tour il parvienne, par le regard de l'Autre, à faire correspondre une image à cette place qui lui est donnée dans le système symbolique.

L'Autre, en passant par le langage, attache ainsi des mots à l'image. Or ceux-ci ne peuvent être définis que par d'autres mots. Le sujet a beau être reconnu comme « *ceci* », ou « *cela* », « *untel* » ou « *une telle* », il ne sait pas pour autant « *qui il est* » ni « *ce qu'il est* ». C'est ici que se constitue quelque chose d'essentiel dans la subjectivité : d'un côté le sujet est nommé, et de l'autre il n'a pas accès à ce que signifie ce par quoi il est nommé. Le sens de qui il est pour l'Autre, ce qu'il est dans le désir de l'Autre, est définitivement perdu. Mais c'est précisément dans cet interstice que peut se loger le désir du sujet lui-même, alimenté par ce manque fondamental.

Le paradoxe de l'opération de reconnaissance apparaît : c'est lorsque le sujet

est reconnu par l'Autre que se pose en même temps l'énigme insoluble de ce qu'il est pour Lui. Cette impossibilité, liée à la nature même du langage, met son désir en route. Dans cette optique, le fameux « *besoin de reconnaissance* » est impossible à résoudre définitivement puisque la reconnaissance par l'Autre rouvre toujours une forme d'énigme pour le sujet. Le processus est dialectique. Pour employer une métaphore, on pourrait comparer la demande de reconnaissance au tonneau des Danaïdes, impossible à rendre étanche. Il y a toujours un « *trou* » dans le tonneau de la reconnaissance.

Le problème – l'arnaque, même – est alors de faire comme s'il était possible de répondre au « *besoin de reconnaissance* » une fois pour toutes. Or c'est ce que prétendent faire des outils de management contemporains.

LA FAUSSE RÉPONSE DU MANAGEMENT

Sous prétexte d'y répondre, certaines pratiques managériales alimentent ainsi la plainte sur la reconnaissance, voire l'aggravent. Examinons de plus près ce paradoxe à partir des systèmes d'évaluation individualisée de la performance appuyés sur la fixation d'objectifs chiffrés (chiffre d'affaires, taux d'activité, volume de clients, indice de publication...) sur lesquels les salariés sont évalués individuellement et récompensés (sous forme de primes, promotions...) et/ou sanctionnés. Ces systèmes se développent dans toutes les organisations : à l'hôpital par exemple, certains services d'urgence sont évalués sur le temps d'attente par patient soigné, ce qui conditionne les moyens du service mais également les primes attribuées aux soignants et chefs de service (2). Ces outils sont souvent « *vendus* » avec, entre autres, l'argument suivant : on pourrait satisfaire en continu le besoin de reconnaissance du salarié en lui donnant un retour objectif, juste et permanent sur son travail, via une note et des « *signes de reconnaissance* ».

Certes, avec ces systèmes, nul doute que l'Autre semble être là. On pourrait même dire qu'on est dans un « *excès d'Autre* ». – D'une part, le propre des systèmes d'évaluation contemporains est en effet de s'appuyer sur des dispositifs particulièrement sophistiqués supposés matérialiser le regard de l'Autre : il s'agit des appareillages technologiques et outils

À lire. Évaluez-moi ! Évaluation au travail : les ressorts d'une fascination

L'évaluation a fait l'objet de nombreuses critiques de spécialistes du travail. Pourquoi alors continue-t-elle de se développer dans tous les secteurs d'activité ? Cet essai passionnant propose une réponse : les salariés veulent être évalués, parce que cela leur promet de résoudre des problématiques qui se posent à chacun au travail. Ainsi l'évaluation semble-t-elle offrir une reconnaissance nécessaire à l'équilibre psychique. Mais elle fonctionne comme un piège. En montrant à partir de nombreux exemples concrets sur quels ressorts psychiques l'évaluation joue pour nous séduire alors qu'elle contribue grandement à détruire notre désir de travailler et notre relation à l'autre, cet essai tranchant et fouillé donne aux salariés les moyens de cesser de s'y plier.

• B. Vidaillet, *Seuil*, 219 pages.

informatiques destinés à « capter » et à intégrer un ensemble de données concernant les évalués tout à fait gigantesque. L'omniprésence du regard peut aussi se matérialiser par les auditeurs des démarches

est « vraiment » pour l'Autre. Mais c'est précisément ce mystère qui fait surgir le désir du sujet.

Au contraire, dans le système d'évaluation individualisée de la performance, la

Nous avons vu que dans le stade du miroir, il fallait que le sujet ait été reconnu dans l'ordre symbolique pour pouvoir se reconnaître dans sa propre image, cette reconnaissance restant

“

Le problème – l'arnaque même – est de faire comme s'il était possible de répondre au “besoin de reconnaissance” une fois pour toutes.

Or c'est ce que prétendent faire des outils de management contemporains. »

qualité, par les « clients mystères » chargés d'évaluer très méthodiquement le service proposé, ou encore par les questionnaires de satisfaction donnés systématiquement aux clients ou aux patients pour recueillir leur avis.

– D'autre part, l'Autre se manifeste dans l'évaluation par l'équivalent d'une parole portée sur le salarié : l'Autre ne se contente pas de « voir » ce que fait et produit celui ou celle qui travaille, il y porte une appréciation, une note, lui attribue une grandeur, qui peut ensuite être traduite en primes, cadeaux, promotions... et est censée dire quelque chose d'essentiel sur le salarié, et notamment en quelle mesure il correspond ou non aux attentes portées sur lui.

Cela ne vous rappelle rien ? Le sujet ne sait rien de lui et seul le regard et la parole de l'Autre lui permettraient de se reconnaître, en l'occurrence dans la note attribuée ou le retour qui lui est donné auxquels il s'identifie. Ne s'agirait-il pas là d'une autre version de la scène du miroir ? Ce serait aller bien trop vite en besogne... car précisément, il manque quelque chose de fondamental à cette configuration de l'évaluation pour qu'elle fonctionne comme la scène expliquée par Lacan.

Dans cette dernière, il est essentiel que le sujet ait au préalable été reconnu par l'Autre, qui lui a attribué un nom, un prénom, a défini son sexe, lui a attribué une place (fils de, fille de, sœur de...) pour qu'il puisse alors se reconnaître dans l'image qui lui est tendue. Ces attributions ne sont pas provisoires, et généralement, elles sont même définitives. La reconnaissance symbolique permet la reconnaissance imaginaire. Bien sûr, comme nous l'avons déjà dit, cette reconnaissance est insuffisante à combler le manque-à-être du sujet et même, elle fait émerger le mystère de ce que le sujet

place du sujet n'est pas définie au préalable. C'est la note obtenue à l'évaluation qui est censée indiquer la position du sujet par rapport à d'autres sur une échelle. Elle la détermine provisoirement : il n'y a pas de places différenciées, distinctives, auxquelles le sujet serait, quoi qu'il arrive et quoi qu'il fasse, associé ; la place de chacun se joue et se rejoue sans fin sur la base des évaluations constantes dont il fait l'objet ; chaque place est relative et provisoire (c'est une position plutôt qu'une place), elle ne définit rien. Il n'y a donc pas d'inscription du sujet dans le Symbolique et par conséquent, il n'y a pas de reconnaissance possible.

Si l'on reprend la métaphore du tonneau des Danaïdes de la reconnaissance, impossible à rendre étanche, on voit que plus on prétend évaluer, a posteriori, ce qu'a effectué l'individu et le récompenser en fonction, plus on élargit le trou. C'est un cercle vicieux. Car moins les conditions de la reconnaissance par l'Autre sont réunies, plus la demande de reconnaissance augmente, s'intensifie, et plus le sujet dépend de la parole et du regard de l'Autre pour lui dire « ce qu'il est », « ce qu'il vaut »... Plus ses bases identitaires sont fragilisées, plus son angoisse existentielle augmente, et avec elle la fameuse « plainte » relative au manque de reconnaissance. Il s'agit donc d'une fausse opération de reconnaissance.

UNE PLACE DANS L'ORGANISATION

Si la question de la reconnaissance est en partie insoluble, la seule chose que peut faire l'organisation est d'éviter que cette problématique ne devienne trop centrale pour le sujet. Que pourrait être une organisation dans laquelle l'énergie psychique de ceux qui travaillent ne serait pas absorbée par la demande d'« être reconnu » ?

partiellement insatisfaisante. Dans le champ du travail, la seule reconnaissance qui vaille, c'est-à-dire qui soit capable de lester suffisamment le sujet, est celle d'ordre symbolique passant par la nomination, le fait d'être à un poste, d'avoir un statut, en un mot d'avoir une place garantie. La seule manière de ne pas rouvrir en permanence le trou de la reconnaissance est d'attribuer une place au sujet. Cette place reconnaît l'individu en lui-même et confirme qu'il s'y trouve parce qu'il en a les capacités, a réussi un examen, un concours, un recrutement, possède une expérience... Cette place l'inscrit dans une histoire : il a un passé et un avenir, qui se lisent au travers des fonctions occupées. Celle qu'il occupe à un moment donné n'a pas vocation à effacer les précédentes mais au contraire à leur succéder au sein d'une trajectoire professionnelle. Il s'agit donc d'une reconnaissance de place, ou par la place. À partir de là, le travail peut se faire sans que l'individu soit incessamment en quête d'un regard extérieur porté sur lui et ce qu'il fait. Il peut tirer une satisfaction du travail lui-même, parce que son résultat n'est pas susceptible de remettre en question en permanence sa place dans l'organisation.

LE RÔLE DES PAIRS

Quand la reconnaissance par la place a eu lieu, celle du travail lui-même vient « en plus », comme un élément certes non négligeable, mais auquel celui qui l'effectue n'est pas sans cesse rivé. Elle se produit souvent par le biais des pairs, de ceux qui font le même travail et vont confirmer plus ou moins discrètement la tâche réalisée, de manière plus ou moins attendue, parfois totalement imprévisible.

- Prenons le cas par exemple de ce conducteur de train chevronné de la

SNCF, Michel, qui forme un élève conducteur. Michel arrive en gare du Nord, d'un abord réputé difficile qui oblige les conducteurs à freiner en plusieurs fois. « *Je me souviens avoir donné un grand coup de frein, car j'arrivais assez vite. Et puis j'ai desserré par petits à-coups. Le jeune élève observait tous mes gestes, et quand nous sommes arrivés aux trois-quarts du quai, ne restant alors qu'une vingtaine de mètres à parcourir, il me dit : "Dis donc, l'ancien, champion ton coup de frein ! Un seul coup de frein pour s'arrêter en gare du Nord, chapeau !" Effectivement, je me suis soudainement rendu compte que j'avais ainsi bousculé des tabous. Je venais de faire un arrêt à Paris d'un seul coup de frein. (...) J'étais quand même très fier de moi et je dis à mon jeune : "Tu as vu un ancien, comment ça bosse ! Prends-en de la graine !" Sur ces paroles, nous avons bien rigolé.* » (3) Le conducteur prend soudain conscience que ce qu'il fait de manière tacite est en fait exceptionnel et relève d'une compétence forgée par des années de pratique. Mais le plus intéressant ici est que cette découverte aurait pu ne pas se produire : elle arrive comme un « cadeau » pour le conducteur, comme un élément qui lui fait réellement plaisir sans qu'il l'ait pour autant attendu ni qu'il ait été dépendant d'une telle appréciation. Sa place au sein du groupe des conducteurs, sa légitimité dans son métier (il est formateur, ce qui atteste de fait son expérience et ses compétences) lui permettent de se reconnaître suffisamment dans ce qu'il fait sans qu'il attende avec angoisse ou excitation un jugement extérieur censé lui révéler quelque chose d'essentiel sur lui.

• Prenons un autre exemple. À la question de savoir s'ils s'estiment correctement évalués par leur hiérarchie, des soignants d'un service d'urgence répondent de manière très contrastée (4). Les paramédicaux s'estiment très majoritairement correctement évalués, alors que les médecins, qui disposent d'un statut et d'une

autonomie plus élevée, semblent peu s'en préoccuper : ainsi 62 %, soit presque les deux tiers, ne répondent pas à cette question ou déclarent qu'ils ne savent pas. Plus précisément, à la question « *Votre travail est-il reconnu à sa juste valeur ?* », 42 % des médecins répondent ne pas savoir ou ne répondent pas. Ils semblent donc globalement assez peu sensibles à l'idée que leur administration ou leur chef de service se fait d'eux, et semblent même assez embarrassés par la question de leur reconnaissance.

À l'inverse, pour les paramédicaux, plus encadrés, moins autonomes et plus dépendants de leur hiérarchie, la question paraît faire sens et être importante. On peut déduire de cette enquête que plus les personnes qui travaillent disposent d'autonomie dans leurs pratiques et se sentent légitimes, moins elles sont susceptibles d'être sensibles à la problématique de la reconnaissance et à rechercher une visibilité auprès de leur hiérarchie, une meilleure mise en avant de leurs « performances »... Ainsi, pour la plupart des médecins, l'évolution dans la carrière impose le franchissement d'étapes successives, marquées par des concours, des changements de statuts bien balisés et ritualisés (externe, interne, chef de clinique, praticien hospitalier...) ainsi qu'une hiérarchie clairement identifiée. Le compagnonnage est également présent lors de nombreuses étapes, ce qui permet, lentement mais sûrement, d'accompagner l'évolution et l'accroissement progressif de légitimité. Ce développement s'inscrit dans un cadre symbolique porté par une longue tradition, opérant sur un territoire précis, encadré par des règles strictes et même par certaines lois, contrôlé par de nombreuses instances (universitaires, étatiques...). Tous ces aspects sont essentiels si l'on veut comprendre comment se mettent en place les conditions permettant à un professionnel d'asseoir progressivement sa légitimité et surtout d'intégrer une identité professionnelle

suffisamment forte pour ne pas avoir besoin de signes permanents supposés objectiver sa valeur.

EN CONCLUSION

Lorsqu'il n'y a pas de cadre symbolique pour lester les personnes qui travaillent, leur donner un statut associé à une place bien identifiable, ou bien que le cadre existe mais ne permet pas de donner une place, la lutte pour se « faire reconnaître » risque d'absorber, vainement, une grande partie de l'énergie psychique des sujets. Or, c'est ce qui se produit dans de nombreuses entreprises, dans lesquelles les réorganisations permanentes, le développement de la polyvalence, le culte de la mobilité et de la flexibilité, l'invocation systématique du changement, justifiés par l'impératif d'augmenter sans fin les objectifs de croissance et de rentabilité, concourent à faire disparaître l'idée d'une structure symbolique suffisamment stable pour affecter des places différenciées et déterminantes, auxquelles les personnes puissent se référer identitairement. S'il y a un combat à mener, au lieu de gémir sans cesse de ne pas être suffisamment reconnu, c'est bien celui d'une structure symbolique à maintenir coûte que coûte. Une structure organisationnelle qui ne soit pas pensée comme une variable d'ajustement permanente mais bien au contraire comme un préalable garantissant les sujets de leurs fondements pour pouvoir travailler.

1- Lacan, *Le Stade du miroir comme formateur de la fonction du Je : telle qu'elle nous est révélée dans l'expérience psychanalytique*, *Revue française de psychanalyse*, T 13, n° 4, octobre 1949, p. 449-455.

2- Cf. *Les recherches passionnantes du sociologue Nicolas Belorgey, L'hôpital sous pression, la Découverte*, 2010.

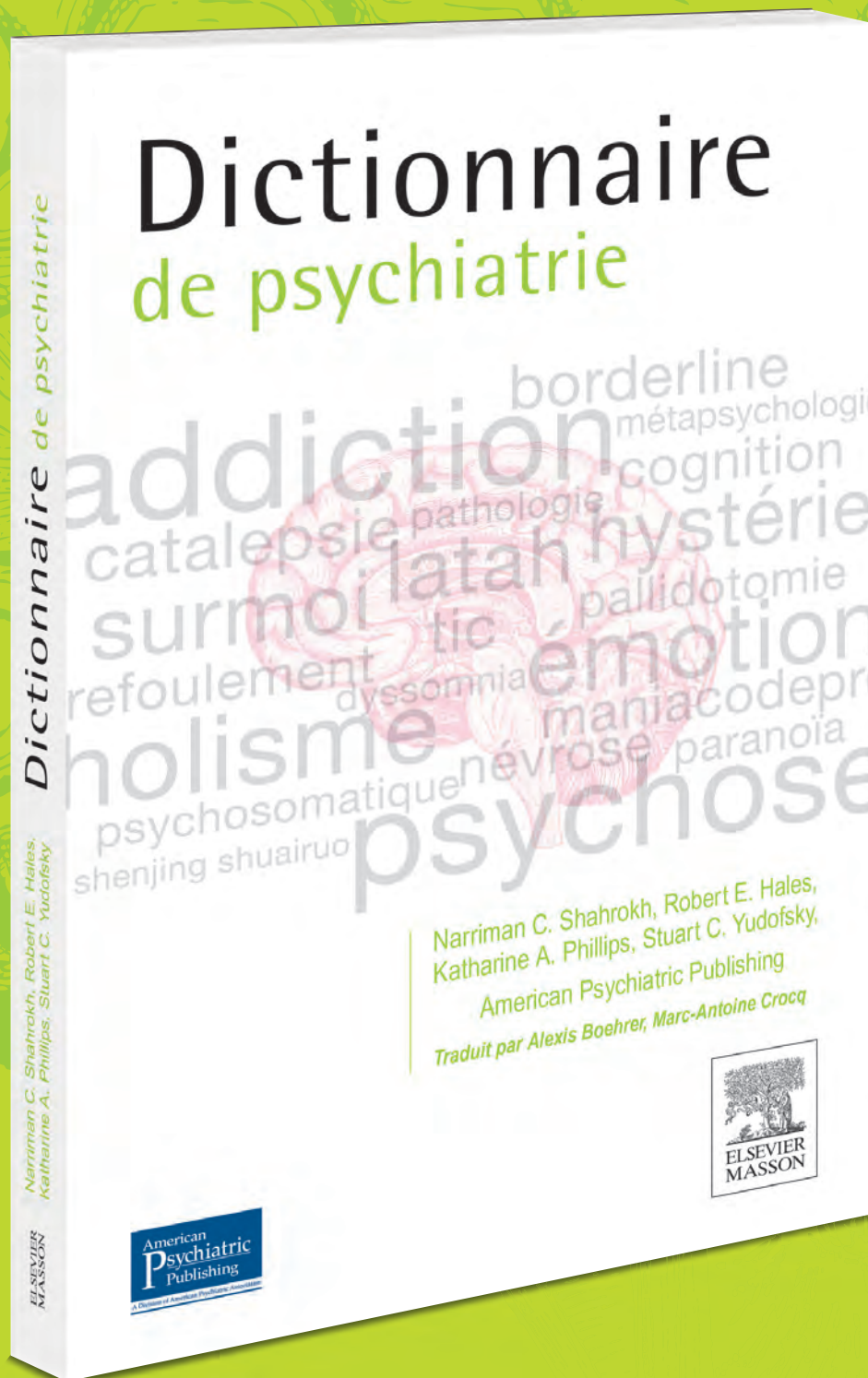
3- G. Fernandez, F. Gatoune, P. Herblain, P. Vallejo, 2003, *Nous, conducteurs de train, Paris, La Dispute*, 2003, p. 39. Cf. également Y. Clot, *Le Travail à cœur, Paris, La Découverte*, 2010.

4- Nicolas Belorgey, 2010, *op. cit.*

Résumé : Les personnes en burn-out évoquent souvent un manque de reconnaissance dans leur travail. Mais de quoi parle-t-on ? Cette notion fourre-tout peut porter sur les résultats, l'effort fourni, les compétences, la personne... En proposant un petit détour par la psychanalyse, l'auteur éclaire d'une façon nouvelle ce besoin, et montre pourquoi les outils de management contemporains, censés répondre à ce besoin, l'aggravent.

Mots-clés : Autre – Évaluation – Interprétation psychanalytique – Management – Reconnaissance professionnelle – Relation entre pairs – Stade du miroir – Travail.

ELSEVIER MASSON



VIENT DE PARAÎTRE
EXISTE EN VERSION E-BOOK



Le burn-out, une patho

Problème individuel, le burn-out peut aussi être envisagé comme un mal de la société postmoderne. Il reflète le culte du toujours plus et de la performance, démultiplié par des technologies qui imposent des temporalités folles.

Je voulais écrire un livre sur l'âme, notion essentielle et désuète, et plus précisément sur l'âme aujourd'hui... Mais voyant autour de moi, dans beaucoup d'environnement professionnel, un des destins contemporains de l'âme : être brûlée, en anglais *to burn-out*, c'est-à-dire s'épuiser, ne plus pouvoir avancer, j'ai voulu comprendre ce qui lui arrivait et pourquoi. Ma thèse est que le burn-out est une pathologie de civilisation. Il n'est pas seulement un trouble individuel qui affecte certaines personnes mal adaptées au système, ou trop dévouées, ou ne sachant pas (ou ne pouvant pas) mettre des limites à leur investissement professionnel. Il est aussi un trouble miroir où se reflètent certaines valeurs insoutenables de notre société : son culte du plus, du trop, de la performance, de la maximisation, tout cela démultiplié par des technologies qui imposent souvent leur temporalité à l'homme.

Le syndrome du burn-out n'est pas uniquement un problème individuel. Il apparaît plutôt lié aux questions du progrès, de la technologie et des envies qui parcourent notre ère d'expérimentation. Dans l'air du temps se lisent les signes d'une frénésie étrange, à la fois inquiétante et excitante. Les humains se voient modifiés par leurs outils. Le système imprime sa marque sur leurs mentalités et leurs espoirs.

Pascal CHABOT

Philosophe, enseignant à l'Institut des hautes études des communications sociales (Ihecs), Bruxelles.

Qu'est-ce que le burn-out, sinon une conséquence de ces régimes effrénés ? Ses symptômes de fatigue, d'anxiété, de stress ingérable, de dépersonnalisation et de sentiment d'incompétence dressent le portrait de personnes qui ont trop donné, sans recevoir ce dont elles avaient besoin. Elles se sont souvent oubliées, sans toujours avoir le choix de faire autrement. C'est le travail qu'il faut défendre. Au fond de ce trouble, il n'y a pas un désir de paresse. Les personnes affectées ont été consciencieuses, ardent, dures à la tâche. C'est d'ailleurs en partie leur problème. Mais ces qualités prouvent que la pire erreur serait de rabattre le débat sur l'opposition entre l'activité et l'oisiveté. Le travail est une valeur qui est source d'émancipation. Son organisation est d'emblée politique. La « coopération » qu'il institue, pour reprendre le terme de Christophe Dejours (1), est une école où s'apprennent les manières de vivre ensemble.

La question du sens, longuement tue, refait alors surface avec toute la vigueur d'une requête insistante qu'on n'a pu étouffer. Qu'est-ce qui importe vraiment ? Où est le centre ? Quelle est la valeur de cette vie ? L'œuvre au noir du burn-out est souvent douloureuse à traverser. Mais si elle a pu engendrer ces questions, et donner le courage de les considérer sans concession, elle n'aura pas été vaine.

LES ORIGINES DE LA NOTION

Le terme « *burn-out* » est utilisé pour la première fois dans un sens psychologique aux États-Unis par Herbert J. Freudenberger (2). Dans les années 1970, ce psychologue exerce dans une *free clinique* (établissement gratuit) de New York



© Christian Fafet, No Face C n° 22 (détail), 2009.

logie de civilisation



où un personnel, souvent bénévole, accueille et cherche à aider des toxicomanes. Pour ces derniers, *to burn-out* signifie « se cramer ».

Or Freudenberg s'est vu, lui aussi, épuisé et même « cramé ». C'est là que la métaphore de l'incendie prend son sens : l'individu sent en lui un vide se propager, aussi rapide qu'un feu, aussi étrange qu'une flamme. Il devient ce vide, cette terre brûlée.

On distingue dans ces cas trois aspects qui permettent de reconnaître un burn-out : – d'abord une dimension d'épuisement : c'est la plus visible, car elle est la première réaction au stress. Il peut s'agir d'un sentiment d'énorme lassitude, ou d'avantage encore, d'une incapacité à agir. – ensuite, une dimension de dépersonnalisation, dont l'apparition de jugements cyniques est le meilleur révélateur. – enfin, une troisième dimension est l'inefficacité.

UN ANCÊTRE, L'ACÉDIE

Au Moyen Âge, l'acédie (3) fut pour l'Église ce que le burn-out est au monde de l'entreprise : un affect redouté qui touche l'individu, mais qui sape aussi la foi dans le système, ce qui explique qu'il soit pris au sérieux. Car l'acédie n'est pas une paresse comme les autres : elle est le burn-out du moine qui affecte sa vie surnaturelle et ses relations avec Dieu.

L'acédie a été traitée avec effroi, car elle est la paresse de Dieu. Elle surprend, parmi les moines, les perfectionnistes de la foi aux tâches réglées et aux prières quotidiennes, qui ne reculent ordinairement pas devant un jeûne supplémentaire, mais qui, parfois, s'effondrent. Dans ces cas, comme aussi dans de nombreux épisodes contemporains de burn-out, la croyance dans le système est définitivement ébranlée. Le burn-out est toujours une remise en cause des valeurs dominantes. On peut dire qu'il engendre les nouveaux athées du techno-capitalisme.

À lire. *Global burn-out*

Cet ouvrage établit un constat : avant d'être un problème individuel, le burn-out est d'abord une pathologie de civilisation. Marquée par l'accélération du temps, la soif de rentabilité, les tensions entre le dispositif technique et des humains déboussolés, la postmodernité est devenue un piège pour certaines personnes trop dévouées à un système dont elles cherchent en vain la reconnaissance. Mais ce piège n'est pas une fatalité. Face aux exigences de la civilisation postmoderne, on peut se demander comment transformer l'œuvre au noir du burn-out afin qu'il devienne le théâtre d'une métamorphose, et que naisse de son expérience un être moins fidèle au système, mais en accord avec ses paysages intérieurs.

• **Pascal Chabot, PUF, perspectives critiques, 2013, 147 pages.**

L'ADAPTATION PARFAITE ?

Dans son essai *L'Éloge du carburateur* (4), Matthew Crawford raconte son expérience professionnelle de compilateur d'articles scientifiques. Il avait d'abord 5 articles à résumer par jour, puis 8, puis 15... Sommé de toujours accélérer, il s'apparentait à un frère lointain du Charlie Chaplin des *Temps modernes*, quoique dépourvu de gestuelle comique, car la chaîne de montage ressemblait plutôt, dans sa tête, à un chaos de termes savants.

Crawford a toujours voulu s'adapter au système, mais il a vite compris que cela ne pouvait être une fin en soi. Le burn-out est le miroir d'une adaptation devenue absurde et frustrante, car elle ne vise plus qu'elle-même. Il est le piège d'un perfectionnisme impossible. L'histoire de Crawford et de ses résumés peut être lue comme la tentative d'un homme de bonne volonté pour s'acclimater au mieux à des contraintes qui, chaque fois qu'elles commencent à être supportables, évoluent vers plus de difficulté. Dans son cas, le management avait prévu de ne jamais le laisser souffler et de profiter de chaque signe d'adaptation pour lui poser ce que l'on appelle un nouveau défi.

Dans beaucoup de cas de burn-out, ces difficultés d'adaptation se traduisent aussi par un sentiment de course perpétuelle contre la montre. Le temps s'est métamorphosé en une denrée dont l'épuisement est source d'inquiétude. L'individu a l'impression de ne jamais pouvoir souffler, de ne jamais profiter du temps. Pour cette dimension aussi, le parallèle avec notre civilisation techno-scientifique, est incontournable. Car notre époque a produit de nombreux objets techniques destinés à nous faire gagner du temps alors que, pourtant, nous trouvons fréquemment que nous en manquons, au point que nous devons aller plus vite, courir et nous agiter, simplement pour continuer à exister. C'est que la multiplication des technologies, qui individuellement

sont des œuvres culturelles importantes, conduit à la création d'un « milieu technique » complexe, auquel chacun doit s'adapter. Ce milieu a ses lois et ses exigences, menant à ce que le sociologue Hartmut Rosa a nommé « l'accélération », (5) devenue source d'aliénation. Pour en sortir, nous avons avancé le thème de la « polychronie » (6).

Il y a une autre façon de dire la dangerosité d'un désir continu de perfection, qui mise tout sur une adaptation parfaite, sans se soucier d'épanouissement. Quel est en effet le modèle d'un comportement parfaitement adapté, mais qui ne se soucie en rien de la réalisation de soi ? La seule réponse convaincante est : le fonctionnement d'un objet technique. Quand on exige d'une personne qu'elle opère avec perfectionnisme mais sans question, on est souvent inconsciemment guidé par le désir de la faire ressembler à une machine, fiable, polyvalente et sans état d'âme. La rivalité entre l'humain et la machine hante l'inconscient de nos sociétés.

PROGRÈS UTILE ET PROGRÈS SUBTIL

À l'origine, le burn-out affectait surtout les professions d'aide : le personnel soignant, les enseignants et les éducateurs. C'est par la suite que les cadres, les employés et les ouvriers, viendront grossir ces rangs.

On peut se demander pourquoi ces professions d'aide ont été en première ligne. Les premières explications soulignent qu'aider, c'est voir souffrir, et se confronter à l'imperfection et au défaut. La maladie induit toujours du stress. Les difficultés scolaires d'un enfant peuvent être lourdes de conséquences. Il n'est pas anodin de remarquer que ces métiers d'aide sont exactement les mêmes que ceux dont Freud (7) disait qu'il s'agissait de « métiers impossibles », comme éduquer, soigner ou gouverner. Ce sont des métiers où l'on peut, dit-il encore être, « d'emblée sûr d'un succès insuffisant ». Dans ce contexte, le burn-out confirme son rôle de miroir des dysfonctionnements de l'époque. Il est un symptôme de la difficulté de soigner, éduquer et civiliser le sujet dans une société technicienne. Le trouble contemporain a lieu dans ce qui nous est le plus précieux, et on peut dire, dans cette ligne, que le burn-out atteste un épuisement de l'humanisme.

Dans le sillage de mes précédentes analyses (6), j'ai voulu voir dans le burn-out un symptôme du conflit profond qui, aujourd'hui, oppose deux formes de progrès.

– Le progrès utile fonctionne par capitalisation, et de manière linéaire. Chaque acquis peut être la source d'un nouvel investissement ou d'une nouvelle découverte. Le caractère exponentiel du progrès technoscientifique s'explique en partie de cette façon : le mieux engendre du toujours du mieux.

– Par contre, le progrès subtil ne connaît pas d'accroissement par capitalisation. Dans cette dimension, il faut toujours revenir à zéro, repartir des singularités des individus. C'est le cas dans tous les métiers de l'humain (comme l'éducation, la santé ou les ressources humaines), et c'est là qu'intervient le burn-out, qui peut être un symptôme du conflit entre les deux progrès. La sphère fragile de l'humain connaît une pression énorme de la part des puissances techniques et économiques. Elle ne peut se prévaloir de résultats aussi manifestes qu'une usine performante. On n'y fait pas de profit direct, on ne peut y prétendre à des rendements énormes. Au contraire, le subtil frôle toujours le néant. Mais il est aussi le lieu où l'humain se montre dans toute sa grandeur, à la fois fragile et puissant.

LE BESOIN DE RECONNAISSANCE

La soif de reconnaissance paraît la plus partagée des passions contemporaines. Dans les cas de burn-out, les plaintes pour déni de reconnaissance sont fréquentes. La reconnaissance est une contrepartie symbolique au travail fourni. Elle se présente comme l'aveu qu'un sujet contribue bel et bien à l'organisation du travail, et que, sans sa participation, des tâches resteraient inachevées. Elle est ensuite une gratitude pour l'apport fourni, une sorte de remerciement fondamental qui ne concerne pas une action particulière, mais salue plutôt le fait que telle personne passe une partie de sa vie à travailler pour autrui. Dans les cas de burn-out où l'une des causes soulignées est le manque de reconnaissance, la transformation de la souffrance en plaisir ne se fait plus. Le sujet en reste à sa fatigue et ne parvient plus à la valoriser. Son sens lui échappe, et c'est comme s'il était alors deux fois épuisé : de faire, d'abord, de faire en vain, ensuite. Les causes en sont multiples. Elles peuvent être intrapsychiques. Certaines personnes, trop dures avec elles-mêmes, parcimonieuses voire avares dans leur jouissance, sont incapables de quitter la sphère de la souffrance pour gagner celle du plaisir. La reconnaissance est centrale dans la construction identitaire. Les individus, en société ou dans le microcosme d'une

entreprise, évoluent en fonction de la manière dont ils sont perçus. Les priver de toute considération en oscillant entre dénigrement, mépris et ignorance, c'est attaquer le cœur de leur personne et saper leur confiance en eux-mêmes. Les pathologies les plus graves peuvent en découler. Car des stratégies conscientes de méconnaissance sont organisées dans certains milieux. Dans une grande partie de la philosophie allemande, la notion de reconnaissance est devenue centrale. Elle est un de ces termes qui fédèrent le nouvel humanisme dont a besoin, comme antidote, l'âge techno-capitaliste. Comme Hegel l'a vu, la reconnaissance est une lutte. Ce combat, aujourd'hui, a pris des formes multiples. La reconnaissance fait l'objet de la concurrence la plus redoutable. Et si l'insistance des humains à être reconnus est aujourd'hui si forte, c'est parce qu'ils font face à des puissances de dépersonnalisation très importantes. De manière pratique, reconnaître l'autre et reconnaître son humanité, notamment par la parole, s'avère toujours fondamental pour construire des relations professionnelles saines.

BURN-OUT AU FÉMININ

La sociologue Pascale Molinier (8) s'est intéressée à la situation actuelle des femmes dans le monde du travail qui les confronte, de même que les hommes, aux trois dimensions analysées précédemment, à savoir l'essoufflement du perfectionnisme, l'épuisement de l'humanisme et la course à la reconnaissance. Mais selon elle, pour chacun de ces thèmes, le télescopage de singularités féminines et du machisme inhérent à certains environnements de travail, renforce les problèmes et augmente donc les risques de décompensation. Molinier est sensible au caractère encore très masculin de certains environnements de travail. L'ingénieur blanc a été institué, selon ses mots, comme « *l'étalon de l'intelligence* », en même temps peut-être, faut-il ajouter, que son talon d'Achille. Les hommes dominants, dit encore Molinier, « *ont progressivement empli le monde des concrétisations de leur intelligence abstraite : chiffres, ratios, diagrammes, régularités quantifiées, systèmes complexes, robots, plans rationnels et stratégiques, programmes d'action, nouvelles technologies de la communication* ». Il en a résulté ce qui est peut-être le trait dominant de notre époque, ce grand sérieux



© Christian Fafet, No Face B n° 63 (détail), 2009.

qui est comme une chape sur la planète et qui, sous couvert de tolérer quelques divertissements qui lui profitent, exige en réalité de chacun qu'il s'incline devant les nombres, obtempère aux diktats économiques et accepte que la vie soit dure. De nombreux spécialistes estiment que les femmes sont souvent en première ligne dans les cas de burn-out. Plusieurs explications peuvent être avancées pour le comprendre. La difficulté de faire ses preuves dans un monde parfois très masculin peut amener certains individus à vouloir toujours en faire plus, dans une sorte de course au perfectionnisme. Molinier évoque ces femmes qui ressentent inconsciemment qu'elles sont en « dette » par rapport à une entreprise, peut-être parce qu'on leur a fait comprendre que c'était une faveur d'engager une femme. Elles compensent alors par un déploiement anormal d'énergie ce qu'elles croient lui devoir. Pour certaines, la perfection se présente parfois comme la meilleure issue, puisqu'elle semble victorieuse sur tous les tableaux : totalement femme, entièrement active. Mais c'est oublier que son prix peut être élevé. Il faut aussi souligner, pour comprendre les chiffres plus élevés de burn-out chez les femmes que chez les hommes, que ce sont elles, encore trop souvent, qui doivent rendre compatible la vie professionnelle avec la vie familiale, ce qui peut parfois ressembler à deux véritables plein-temps... De même, ce sont souvent elles qui s'investissent dans ces métiers de l'humain, dont on a pu voir qu'ils pouvaient être plus difficiles en raison de ce que Freud appelait le « succès toujours insuffisant », c'est-à-dire l'impossibilité de la perfection.

UN TROUBLE CONTEMPORAIN

Chaque époque développe sa propre pathologie de civilisation : la mélancolie au XIX^e siècle, la neurasthénie au début du XX^e, ou plus tard, dans l'entre-deux-guerres, la paranoïa si visible dans les écrits de Kafka, d'Huxley et d'Orwell (9), qui disaient la

toute-puissance d'un système. Une parenté secrète lie entre eux tous ces symptômes de civilisation, de même qu'elle rapproche les individus sensibles qui, à travers les âges, auraient souhaité voir chez leurs contemporains un peu plus de raison et de dignité. La condamnation du système est la pierre angulaire de ces états mentaux.

Il semble qu'aujourd'hui, le burn-out soit devenu le nom contemporain de ce trouble. Malaise dû à l'excès, au stress, à la perte de sens, au diktat de la rentabilité, à la difficulté de porter des valeurs humanistes dans un système technocratique, il est le révélateur des aspects sombres de l'organisation contemporaine du travail.

Si l'on accepte de regarder les choses de cette manière, l'expression « *pathologie de civilisation* » prend un sens plus précis : elle est une maladie de la relation entre l'individu et la société, dont la responsabilité ne peut être attribuée totalement ni à l'un ni à l'autre. Les pathologies de civilisation sont globales et se nourrissent autant de petits faits que d'une atmosphère générale. La postmodernité, comme toutes les époques intéressantes, est marquée par la plus haute ambiguïté. Aucun manichéisme ne lui convient, car une condamnation globale des sphères techniques et économiques apparaîtrait la moins crédible des réponses à cette maladie de civilisation.

EN CONCLUSION

J'ai également voulu placer cette étude sur le burn-out sous le signe de la métamorphose, c'est-à-dire de la possibilité d'un changement. La prise de conscience philosophique et l'élucidation des circonstances de ce problème, peuvent, me semble-t-il, contribuer à ouvrir la voie à des améliorations. On le voit dans de nombreuses entreprises, où les questions du bien-être au travail sont prises en compte. On le voit aussi chez certains individus, qui accordent plus de crédit à la question de l'équilibre, qui ne peut être nourri que de déséquilibres...

Être équilibré, c'est pouvoir être déséquilibré sans tomber. Telle pourrait être une conclusion, sur un plan personnel.

Mais sur un plan global, on perçoit que nous avons aujourd'hui besoin d'un nouveau pacte, qui serait un contrat technologique affirmant que le but à préserver est l'être humain et la biosphère, au service duquel doivent travailler les logiques de développement en abdiquant leur violence.

J'ai l'impression que c'est en vue de ce pacte qu'il faut agir, car il est l'expression d'un humanisme compatible avec les progrès utiles dont bénéficie notre civilisation, mais mettant aussi au centre ce qui me paraît le plus important : les progrès subtils de l'humain.

1- Christophe Dejours, *Travail vivant*. 2. *Travail et émancipation*, Paris, Payot, 2009.

2- Freudenberg H., *L'Épuisement professionnel. La brûlure interne*, Québec, Gaétan Morin éditeur, 1987.

3- *L'acédie est une dépression se manifestant par un dégoût de vivre, une indifférence affective, de l'inhibition et même de la peur, considérée par les théologiens du Moyen-Âge comme un péché car volontairement entretenue par le sujet*. In : *Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique*, J. Postel, Larousse, 1998.

4- *Éloge du carburateur. Essai sur le sens et la valeur du travail*. Matthew Crawford. *La découverte, Cahiers libres*, 2010.

5- Hartmut Rosa, *Aliénation et accélération. Vers une théorie critique de la modernité tardive*, Paris, La Découverte, 2012.

6- *Après le progrès*, P. Chabot. PUF, 2008.

7- *L'analyse avec fin et l'analyse sans fin*, S. Freud. In : *Résultats, idées, problèmes*, T. 2, PUF, ed. 1985, p. 263.

8- *L'énigme de la femme active. Égoïsme, sexe et compassion*. P. Molinier. Payot, 2003.

9- *Par exemple, Kafka dans Le Procès, Huxley dans Le Meilleur des mondes et Orwell dans 1984 montrent leurs pitoyables héros broyés par des organisations anonymes, cruelles par idéologie*.

Résumé : Le burn-out ou épuisement professionnel touche des individus dépassés par leur tâche. On peut également y voir une pathologie de civilisation. Dans une perspective sociologique, l'auteur, philosophe, montre comment la société postmoderne, marquée par l'accélération du temps, le dictat des technologies... pousse à l'épuisement certaines personnes.

Mots-clés : Civilisation – Épuisement professionnel – Organisation – Performance – Question de société – Reconnaissance professionnelle – Relation homme femme – Syndrome d'adaptation – Technologie – Travail.

Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie

Pour compléter votre collection



N° 189 – Des jeux pour soigner en psychiatrie



N° 188 – Le pervers narcissique dans le couple



N° 187 – L'agitation



N° 186 – Faire équipe



N° 185 – Les troubles de l'estime de soi

N° 184 – La psycho-
éducation en question

N° 183 – Schizophrénie et relation à l'autre



N° 182 – Famille et suicide



N° 181 – L'alliance thérapeutique en question



N° 180 – La régression du sujet âgé



N° 179 – Hallucinations et soin



N° 178 – Supervision, régulation, analyse des pratiques



N° 177 – Le vécu émotionnel



N° 176 – Le traumatisme du viol

N° 175 – Autour de
l'entretien d'accueil

N° 174 – Un autre regard
sur l'obésité



**N° 173 – La clinique
au téléphone**



N° 172 – Le cadre thérapeutique

À retourner accompagné de votre règlement à l'ordre de :
Santé Mentale – 12, rue Dupetit-Thouars – 75003 Paris, tél. : 01 42 77 52 77.

N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
N°:	x	ex =	€
Total :			€

n°

Date et signature obligatoires

Tous les numéros disponibles sur www.santementale.fr



« Toute ma vie, j'ai voulu être utile »

Victime de conditions de travail dégradées et violentes, Mathilde, la cinquantaine, souffre de burn-out. Une consultation spécialisée « Souffrance et travail » lui permet d'analyser les processus à l'œuvre dans l'organisation pathogène de l'entreprise mais également dans son histoire personnelle.

■ Selon ses propres termes, Mathilde (1) se présente « *tard* » à la consultation Souffrance et travail (voir encadré). Elle a « *beaucoup attendu* », car elle « *ne sait plus où elle en est* ». Elle se dit « *perdue* ». Effectivement, le regard hagard et, dès les premières minutes, embué de larmes, Mathilde ne comprend pas ce qui lui arrive. Elle est en arrêt de travail depuis quinze jours, et son médecin traitant l'a mise sous antidépresseurs, car elle ne pensait plus qu'à mourir. Cela ne lui est jamais arrivé. Sa parole est confuse : « *J'ai le cerveau embrouillé* », dit-elle.

Mathilde présente tous les signes d'un burn-out consécutif à plusieurs chocs traumatiques aigus, sur fond de surmenage professionnel.

Elle dit se « *sentir vide* », « *ne plus avoir goût à rien* », ne plus trouver de sens, se sentir désormais inutile au travail. Elle préfère s'isoler. « *Je suis incapable, je ne suis pas parvenue à gérer cette agence, c'est de ma faute* », répète-t-elle régulièrement. Elle explique souffrir de trous de mémoire, de flash-back récurrents sur

certaines situations professionnelles qui l'empêchent de dormir sereinement, et d'une phobie du lieu de l'entreprise. Elle éprouve des difficultés à retranscrire avec précision la chronologie des événements et ressent une tristesse intense. Un syndrome anxio-dépressif se surajoute à ce tableau clinique, entraînant un sentiment de culpabilité, une honte et un jugement sans appel sur son « *incapacité* » professionnelle. Cette autodévalorisation est telle que Mathilde a le sentiment qu'elle ne s'en « *sortira jamais* ».

« UNE HISTOIRE D'AMOUR »

En psychopathologie traditionnelle, nous interrogerions les liens du sujet à son histoire, la répétition des situations et des rôles, pour en dégager des modes de fonctionnement psychiques récurrents. Dans notre consultation, nous ajoutons la dimension de la clinique du travail. Sans écarter une réflexion sur la participation de l'individu à ce qui lui arrive, notre valeur ajoutée est d'interroger le système « organisation du travail », dans lequel l'individu est broyé, à un moment donné, sans avoir conscience des processus en jeu et de la violence engendrés sur les travailleurs, jusqu'à créer des troubles psychosociaux en chaîne.

Que s'est-il passé, dans l'organisation du travail, qui a conduit Mathilde, comme beaucoup de ses collègues, à subir des troubles psychosociaux graves, comme le burn-out, la dépression, des décompensations

sur un mode somatique (accidents vasculaires cérébraux, crises cardiaques...), ou encore, des conduites suicidaires ? Mathilde travaille dans le secteur financier et bancaire. Son entreprise, c'était « *comme une histoire d'amour* », la première et la seule, puisqu'elle y était entrée à l'âge de vingt ans. « *Il m'a fallu attendre cinquante-trois ans pour m'apercevoir qu'on m'avait menti, que je ne méritais aucune reconnaissance* ». Cette entreprise, au départ plutôt « *familiale* », où il faisait bon vivre et où existait du lien social avec les clients, s'est vue sauvagement rachetée par un grand groupe financier. Derrière cette « fusion-acquisition » se cachent des logiques de rachats extrêmement meurtrières, s'apparentant à la « conquête » de marché. En clair, les salariés de l'entreprise achetée sont « les vaincus », qui doivent se plier à une nouvelle culture, des nouveaux *process*, voir leur direction se faire limoger pour laisser la place aux « vainqueurs ». Ces périodes de rachat sont extrêmement éprouvantes pour les salariés de l'entreprise rachetée. Souvent, l'entreprise acquérante ne daigne même pas mettre en place de processus d'accompagnement au changement, au motif que « *l'humain s'adapte à son environnement* ». De façon très cynique, ces modes de management peuvent entraîner des départs et des démissions, ce qui permet de renouveler le personnel ou, tout simplement, de « dégraisser la masse salariale »...

Ariane BILHERAN

Normalienne, psychologue clinicienne, consultante et présidente de la société de conseil Sémiode.

Dans ce contexte, que s'est-il passé pour Mathilde ?

Son directeur d'agence est parti, lui aussi victime d'un burn-out, sans doute lié aux pressions de la nouvelle direction et à ses exigences démesurées. Mathilde a donc assuré l'interim, exerçant deux métiers à la fois, celui habituel de conseillère de clientèle, et celui de directrice d'agence qu'elle ne connaît pas. Elle a tout de même accepté cette charge, mue par une forme d'héroïsme : « *Il fallait bien que l'agence tourne, pour les clients.* »

On retrouve là un des traits saillants du burn-out au travail : il touche des populations extrêmement investies dans leur vie professionnelle, concernées par l'image et la culture de l'entreprise, et avec une forte éthique. « *Je n'ai jamais compté mes heures* », ajoute Mathilde, qui s'est donc mise, comme toujours, au service de son entreprise.

Mais c'est sans entrevoir l'orientation de la nouvelle direction, désireuse de se débarrasser des « *anciens* », qui coûtent trop cher, sont trop imprégnés par la culture de l'ancienne entreprise et ont développé un fort esprit critique. On ne peut pas leur faire tout accepter...

Mathilde assure donc les deux fonctions de façon concomitante et fait tourner l'agence. Elle n'en reçoit aucune reconnaissance, ni morale, ni symbolique, ni financière. « *Cela ne me dérangeait pas, je savais qu'ils ne me paieraient pas pour exercer les fonctions de directeur par intérim, d'ailleurs je n'attendais pas d'argent.* » Certes, mais cette absence de reconnaissance fragilise Mathilde, en surmenage, qui voit peu à peu s'écorner son image d'elle-même au travail. La charge devient de plus en plus importante, et elle ne parvient plus à tout absorber, ce qui la conduit à travailler en « *mode dégradé* » et au sentiment d'échec qui s'ensuit.

« SEULE FACE À LA BARBARIE »

Le premier choc traumatique aigu pour Mathilde intervient au terme de huit mois d'investissement acharné dans cette situation. Par téléphone, on la prévient que l'agence va fermer deux semaines plus tard. Les clients ne doivent pas en être avertis. Ils découvriront l'agence fermée, ce qui les obligera à se rabattre sur l'agence de la même enseigne située non loin de là. Ils n'auront ainsi pas le temps de partir à la concurrence. Mathilde doit se charger de déménager elle-même les locaux (vider les bureaux, faire les cartons...)

et mentir aux clients jusqu'à la fermeture définitive de l'agence.

C'en est trop. Mathilde s'effondre, pour plusieurs raisons :

- cette agence, qu'elle a portée à bout de bras, va être fermée, en dépit de tout bon sens, puisqu'elle fait l'un des meilleurs chiffres de la région. Cela entraîne un sentiment d'incompréhension, d'injustice et de colère ;

- cette agence est fermée dans la précipitation, ce qui prive Mathilde de la possibilité de prendre du recul et de poser des décisions sereines ;

- les clients sont méprisés par une entreprise qui les prend en otage. Cette décision heurte les valeurs et l'éthique professionnelles de Mathilde, pour qui les clients sont au cœur du travail, et l'objet d'un service au sens noble, allié à un profond respect. Ce cynisme choque profondément sa sensibilité ;

- Mathilde doit se charger du déménagement, c'est-à-dire qu'elle doit mettre en œuvre une décision incompréhensible, absurde et amoral de son point de vue. Bien entendu, elle souffre là d'un conflit de loyauté ;

- Mathilde doit dissimuler la nouvelle aux clients, ce qui exige une attitude contradictoire. Elle doit en effet orchestrer ce déménagement auquel elle ne souscrit pas sans en informer les clients, ce qui est contre son éthique professionnelle et la désignera d'ailleurs directement à la vindicte, puisque les clients risqueront bien de lui attribuer ce comportement, et de l'en incriminer.

Mais ce n'est pas tout. Mathilde s'entend très bien avec un collègue, avec qui elle a tenu l'agence durant plusieurs mois. Suite à des pressions majeures de la part de la direction, ce dernier quitte l'entreprise et retrouve rapidement un emploi. Mathilde est désormais seule, avec un sentiment d'isolement face à la « *barbarie* » ambiante.

À lire. *Se sentir en sécurité.*

Comment se protéger de l'anxiété, de la peur et du stress

Si la société n'offre plus d'appui ni de reconnaissance, chacun doit pouvoir se créer un espace intérieur de sécurité. Protéger son intimité, savoir dire non, choisir ce qui est bon pour soi, échapper au stress et aux personnes toxiques, ou juste s'offrir un peu de repos psychique : ce livre montre comment, à l'aide de méditation et d'exercices simples, il est possible de se créer, dans la vie professionnelle et familiale, un nid psychique douillet où l'on se sentira en sécurité, un havre de paix intérieure où l'on reviendra à volonté pour se ressourcer, se renforcer, se recentrer. Des exercices audio accompagnent la lecture de cet ouvrage : visualisation, autohypnose et méditation à pratiquer régulièrement.

• A. Bilheran, Paris, Payot, 2013, 208 pages.

C'est alors qu'une étrange proposition lui est faite. Il s'agit de reprendre un poste de « *simple* » conseillère de clientèle, dans une agence située à 80 km de chez elle, sous les ordres d'un directeur connu pour son tempérament harceleur. Mathilde juge cet homme « *incompétent, carriériste, opportuniste* ». Elle sait qu'ils ne pourront pas s'entendre. D'ailleurs, ce supérieur hiérarchique l'a avertie : « *Je reprends tous tes gros portefeuilles clients* », et l'a déjà humiliée devant autrui.

Mathilde refuse ce changement. La direction lui propose alors un poste dans une autre agence, mais cette fois sans bureau ! Mathilde comprend qu'elle est devenue indésirable. Elle sollicite néanmoins un entretien avec les ressources humaines, au cours duquel on lui reproche « *sa mauvaise foi* », et « *sa résistance au changement* ».

Mathilde fond en larmes, rencontre la médecine du travail qui l'oriente vers son médecin traitant. En urgence, il lui prescrit des antidépresseurs, un arrêt de travail, et l'envoie vers notre consultation spécialisée.

« LES AUTRES Y ARRIVENT BIEN... »

Nous entreprenons alors un travail régulier avec Mathilde, afin qu'elle sorte de son état de sidération et retrouve ses facultés. Elle est tiraillée entre sa conscience, ses valeurs, qui lui commandent de ne pas perdre son intégrité, et un sentiment de culpabilité intense, car « *les autres se soumettent, et pas moi, je dois avoir un problème* ». Mathilde souffre beaucoup du rejet, seul son ancien collègue la soutient. Les autres se soumettent effectivement, et le mot d'ordre est de ne plus la contacter.

Nous engageons sur plusieurs mois un travail de type analytique. Nous pouvons en extraire la maltraitance organisationnelle mais aussi un surinvestissement au travail. Cela nous mène à enquêter sur



© Christian Fafet, No Face B n° 39, 2009.

Les consultations spécialisées Souffrance et travail

La souffrance au travail nécessite une prise en charge adaptée, car le travail est un facteur pathogène en soi, structuré selon des processus psychopathologiques susceptibles d'enclencher une souffrance psychique et des troubles somatiques, davantage connus sous le terme « troubles psychosociaux » (voir encadré ci-dessous). Ils doivent être interrogés, tout autant que le sujet humain, pour œuvrer à la résolution de cette souffrance et de ses conséquences, parfois extrêmement graves (suicides).

Organisées en réseau, une centaine de consultations spécialisées existent en France. Elles ont pour objectifs de :

- Permettre à la personne d'identifier et de comprendre sa souffrance
- Replacer la santé comme une priorité absolue
- Identifier l'origine, souvent multifactorielle de cette souffrance
- Comprendre les mécanismes à l'œuvre dans l'organisation du travail (techniques de management pathogènes par exemple)
- Connaître les droits
- Trouver une aide pragmatique et psychothérapeutique
- Être efficacement orienté vers des professionnels dans une prise en charge pluridisciplinaire (avocat pour un conseil juridique ou la prise en charge d'un contentieux, médecin pour un arrêt de travail ou une aide médicamenteuse, médecin du travail pour envisager une procédure d'invalidité, ostéopathe pour traiter les lombalgies dues au travail...).
- Envisager une stratégie de résolution de la situation (en interne, saisir les délégués du personnel, les membres du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions du travail (CHSCT)(1), les RH, en externe, contacter l'inspecteur du travail, le médecin traitant...).

Qui sont les professionnels ?

Les professionnels sont avant tout reliés par une éthique professionnelle, des valeurs et une vision commune des souffrances relatives au milieu du travail et à leur résolution. Leur parcours et leur sensibilité peuvent être hétérogènes : psychologues cliniciens,

psychologues du travail, médecins du travail, psychiatres... Ils répondent néanmoins tous au même référentiel de psychopathologie du travail et de psychodynamique du travail, ainsi qu'à une déontologie garantissant la confidentialité des échanges.

À qui s'adresse la consultation ?

La consultation s'adresse à toute personne qui se sent en souffrance dans son travail, souhaite y voir clair et trouver des chemins pour s'en sortir. Elle s'adresse donc autant à un ouvrier, un infirmier, un cadre commercial qu'à un chef d'entreprise.

Quels sont les tarifs ?

Le tarif dépend du professionnel et du cadre de la consultation (public/privé). Les consultations de médecins sont prises en charge par la sécurité sociale, et les psychologues peuvent être remboursés pour tout ou partie par des mutuelles. Certaines demandes de consultation peuvent être prises en charge par l'employeur, sur demande ou non de la médecine du travail.

Descriptif du dispositif de la consultation

• Anamnèse

Il s'agit de retracer l'historique de la situation (historique de l'entreprise, parcours professionnel du salarié, chronologie de la dégradation), afin d'identifier le contexte et les facteurs déclencheurs.

• Analyse de l'environnement de travail

Cette phase permet d'identifier les modifications organisationnelles (fusion/acquisition), les processus psychopathologiques dans l'organisation du travail (techniques de management pathogènes, surcharge ou sous-charge mentale de travail...), et d'analyser la qualité du collectif en milieu de travail, ainsi que les vécus émotionnels de la personne.

• Analyse des autres événements de vie éventuellement conjoints (deuil, divorce...)

• Diagnostic psychopathologique de la personne

Nature des troubles (sémiologie), diagnostic clinique et explicitation au patient (syndrome de stress post-traumatique, burn-out, dépression...).

• Identification des modes de résolution de la souffrance à court, moyen et long terme

– En réseau pluridisciplinaire : prise de contact avec la médecine du travail, le médecin traitant, un avocat, mise en place d'une prise en charge psychothérapeutique...

– Transmission des informations au patient sur son état psychique, les professionnels à contacter, les stratégies de résolution envisagées. Aide à la prise de conscience et à la sortie de mécanismes de défense pathogènes (dénégation, banalisation...).

• Si le professionnel est spécialisé dans la prise en charge psychothérapeutique, la consultation peut déboucher sur un accompagnement psychologique.

• **En savoir plus : www.souffrance-et-travail.com**

Les troubles psychosociaux

Les troubles psychosociaux désignent une souffrance psychique pouvant occasionner des maladies psychosomatiques, ainsi que des difficultés tant relationnelles que comportementales dans le milieu de travail. Les risques psychosociaux désignent le potentiel que de telles situations se produisent. Ils sont à évaluer en amont. L'intensité, le cumul et la durée des risques psychosociaux sont susceptibles d'engendrer des troubles psychosociaux se distinguant par leur gravité. Car il existe une échelle, dans les troubles psychosociaux, allant du stress jusqu'au burn-out et aux idées suicidaires. Toute situation de souffrance au travail, si elle n'est pas traitée, est vouée à devenir plus sérieuse au fil des mois, pouvant mettre également en danger la compétitivité de l'entreprise. (...) Ainsi, l'individu n'est pas seul en soi : il est le produit du climat de son environnement et est également responsable à son niveau de ses propres interactions avec cet environnement. Le point de vue est appelé systémique, l'individu étant un point du système que peut être l'entreprise, et au sein duquel des interactions ont lieu.

• Adam, P., Bilheran, A. 2010. *Risques psychosociaux en entreprise*.

1- Le CHSCT a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés, à l'amélioration des conditions de travail, de veiller à l'observation des prescriptions légales en ces matières (Article L4612-1 du code du travail). En informant le CHSCT, parfois en même temps que l'inspecteur du travail, on commence à donner une dimension collective au problème du salarié et à poser les questions sur les effets de l'organisation du travail, les responsabilités qui en découlent.

son histoire familiale : si les symptômes dépressifs sont aussi violents et persistents, par-delà le burn-out, c'est bien parce que la maltraitance de l'entreprise lui évoque celle de sa mère, son rejet, sa froideur, sa dureté, tandis que la passivité de ses collègues et leur soumission lui rappellent l'attitude de son père.

Mathilde a par ailleurs été mariée à « *un pervers narcissique* », un homme qu'elle décrit être comme sa mère, froid, dur, et violent physiquement. Elle a divorcé juste avant que son entreprise ne soit rachetée. Mathilde croise alternativement ces figures maltraitantes soit dans la vie privée, soit au travail, et c'est lorsqu'elle s'en est défaite dans sa vie privée que la maltraitance est arrivée par le biais du travail.

Sa déception est immense, car « *toute sa vie* », elle a voulu être « *utile* » dans son travail. N'existant ni dans le regard de sa propre mère ni dans celui de son mari, il fallait qu'elle existe au travers de son travail. Sa désillusion est à la hauteur de ce surinvestissement.

« JE ME SENS PUNIE »

En même temps que le travail psychothérapeutique, Mathilde enclenche une procédure juridique pour négocier son départ de l'entreprise, avec un premier avocat par lequel elle ne se sent absolument pas soutenue. Elle a l'impression qu'il déconsidère le dossier mais elle ne parvient pas à s'en dégager, se sentant « *trop coupable* », « *vilaine fille* », qui ose attaquer la « *mère entreprise* » en justice, société qui l'a « *nourrie* » durant toutes ces années. Les processus pathologiques à l'œuvre dans l'organisation du travail continuent. L'entreprise refuse une négociation amiable, et constitue un dossier calomnieux contre

Mathilde, en exerçant des pressions sur d'anciens collègues afin qu'ils l'accusent de fautes professionnelles. Mathilde souffre considérablement de la lâcheté et de la soumission de ses anciens collègues : « *Je me sens punie, en prison dans un château-fort dont je ne sortirai jamais, car j'ai désobéi* ».

S'appuyant sur son travail thérapeutique, Mathilde finit par changer d'avocat. Dès lors, l'horizon commence à se dégager, et une entente est enfin trouvée avec l'employeur, afin que Mathilde quitte l'entreprise. Elle ne souhaite pas engager un procès car elle sait que ce sera « *le pot de terre contre le pot de fer* ».

Mathilde renaît doucement, entrevoit des projets, décide de s'occuper d'elle. Dans le même temps, elle apure ses relations familiales, et cesse de subir les sarcasmes de sa mère, en posant des limites et de la distance.

Chaque jour couronne un petit exploit : aller se baigner en affrontant la honte de son propre corps (depuis l'annonce de la fermeture de son agence, Mathilde a pris vingt kilos), consulter un médecin homéopathe pour dormir mieux, voir un ostéopathe pour soulager son dos, ne plus répondre au téléphone lorsqu'elle ne le souhaite pas... Elle entrevoit l'avenir : « *J'aimerais refaire ma vie à l'étranger* ». Parfois, ce projet lui paraît irréalisable, d'autres fois, il nourrit son désir.

CONCLUSION

La crise traversée par Mathilde aura duré près de trois ans, le burn-out apparent cachant une dépression qui a trouvé ici l'opportunité de s'exprimer et d'être prise en charge. La consultation spécialisée a permis de l'accompagner, et de lui offrir

un espace pour retrouver du sens, renforcer son intégrité, lui redonner le désir d'agir. Le travail psychothérapeutique a été le lieu pour analyser les processus à l'œuvre dans cette organisation du travail pathogène, et se départir du sentiment de culpabilité. Ayant repéré des répétitions inconscientes, Mathilde considère désormais qu'elle a « *bien le droit d'exister pour elle-même, sans être systématiquement utile aux autres* ». Elle ajoute, avec humour, qu'elle « *n'acceptera plus jamais de patron* ». »

1- Le prénom a été changé.

BIBLIOGRAPHIE

- Bilheran A. (coll). 2010. *Comprendre les troubles psychosociaux par l'approche organisationnelle, in La souffrance au travail* (coll.), Paris, Armand Colin.
- Clot, Y., Gollac, M. 2014. *Le travail peut-il devenir supportable?*, Paris, Armand Colin.
- Dejours, C. 2000. *Travail, usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard éditions.
- Dejours, C. 2012. *Psychopathologie du travail*, Paris, Elsevier Masson.
- Pezé, M. 2008. *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, Pearson Éducation.

FILMOGRAPHIE

- *Ils ne mouraient pas tous mais tous étaient frappés*, documentaire de Sophie Bruneau et Marc-Antoine Roudil, ADR productions/Alter Ego Films, 76 mn, 2005.
- *La mise à mort du travail. La destruction, l'aliénation, la dépossession. Comment les logiques de rentabilité pulvérisent les liens sociaux et humains*, série documentaire de J.R. Viallet, sur une idée originale de Christophe Nick, France Télévisions Distribution, 2009.

Résumé : La consultation spécialisée Souffrance et travail propose une aide concrète (travail en réseau et prise en charge pluridisciplinaire) et psychique à des personnes en souffrance sur leur lieu de travail. La psychopathologie du travail permet d'élargir le point de vue de la psychopathologie traditionnelle, en introduisant une réflexion sur les organisations du travail pathogènes et les impacts psychiques et somatiques sur les individus, sans pour autant écarter une analyse des collusions entre l'histoire personnelle et le vécu dans l'entreprise. Illustration avec le cas de Mathilde, en burn-out lié à un rachat de l'entreprise et masquant une dépression plus profonde et étant l'occasion pour la personne de mettre en lumière des répétitions inconscientes tout au long de son histoire.

Mots-clés : Cas clinique – Clinique – Entreprise – Épuisement professionnel – Maltraitance – Psychopathologie – Psychothérapie – Répétition – Traumatisme psychique – Travail.

« Je ne sers à rien »

Un matin, épuisé et paniqué, Dominique, médecin généraliste depuis vingt ans, est incapable de se rendre à son cabinet. Il reprend confiance et dépasse ce burn-out grâce à une thérapie comportementale et cognitive.

Le concept de burn-out reste discuté et le diagnostic n'est pas répertorié dans les principales classifications, la *CIM-10* (1) et le *DSM-5* (2). En effet, les corrélations entre troubles dépressifs, troubles anxieux, fatigue chronique, troubles du sommeil, addictions et d'autres pathologies comme les troubles de la personnalité sont si importantes (3) que les experts n'ont pas tranché. Le burn-out favorise-t-il la survenue de troubles psychiatriques ou inversement, les troubles psychiatriques favorisent-ils le burn-out, cela reste en discussion. La « vérité » se trouve probablement dans les deux sens. Un problème médical est pratiquement toujours une diathèse : la rencontre entre un terrain (la personne, ses antécédents génétiques, familiaux et personnels) et un contexte (dans le cas du burn-out, l'environnement de travail).

À notre connaissance, cette pathologie n'est reconnue officiellement qu'en Suède et aux Pays-Bas. Il s'agit cependant d'une réalité clinique fréquente dans la population générale et particulièrement parmi les soignants (4). Les premières descriptions font d'ailleurs références aux infirmières.

Le burn-out est indissociable du stress chronique (5) dont il est l'évolution logique. Cette réalité est déjà décrite par Walter Bradford Cannon (6) et Hans Selye (7) même si ces deux chercheurs n'utilisent pas le terme.

Le mot burn-out est employé pour la première fois en 1969 par Harold Bradley (8). Le psychologue Herbert Freudenberger le reprend, en 1974 à propos des bénévoles de son équipe (9). Il fait déjà clairement le lien entre les aspirations, l'investissement des soignants et les déceptions vécues dans le domaine du travail.

En 1996, Christina Maslach (10) précise le concept avec la mise en évidence de trois critères nécessaires pour poser le diagnostic (11) :

- l'épuisement émotionnel, caractérisé par une fatigue importante, souvent marquée dès le matin, évoquant la fatigue dépressive ;
- le désintérêt pour les autres, voire le développement d'un cynisme par rapport à la souffrance d'autrui. Le terme anglais *depersonalisation* a souvent été traduit par déshumanisation.
- la perte du sens de la vie professionnelle ;

Ce syndrome se développe progressivement, avec l'apparition dans un premier temps de troubles émotionnels comme l'irritabilité, l'anxiété puis la fatigue. Dans un second temps, les symptômes concernant le désintérêt pour les autres et la perte du sens du travail apparaissent (12). Pour d'autres chercheurs (13), le problème commence par le désintérêt pour autrui et évolue ensuite vers les troubles émotionnels puis l'épuisement.

Les professionnels du soin sont particulièrement touchés par le burn-out. Dans différents pays, des enquêtes (14, 15) montrent clairement un taux important de médecins souffrant de burn-out. Une étude Suisse (16) indique qu'un praticien sur trois en médecine générale est concerné. Enfin, le risque suicidaire des médecins (17), au moins en partie en rapport

avec le burn-out, est plus important que dans la population générale avec un sex-ratio identique, ce qui n'est pas habituel. La dépression et le suicide apparaissent alors comme la conséquence ultime du burn-out.

Devant l'ampleur du problème, les médecins se sont mobilisés. Des numéros verts auxquels les praticiens peuvent faire appel 24 heures sur 24 s'ils se sentent en burn-out ou en danger en Suisse et en France (18) ont été mis en place.

Dans le traitement du burn-out, les thérapies comportementales et cognitives (TCC) ont fait la preuve de leur efficacité (19, 20, 21).

UN GÉNÉRALISTE EXEMPLAIRE

Le cas de Dominique, un généraliste de 56 ans, est typique du burn-out rencontré chez les médecins et exemplaire pour l'application de la psychothérapie. Je l'ai reçu en consultation alors que depuis un mois il ne pouvait plus se rendre à son cabinet.

Que s'est-il passé ? Un lundi matin, Dominique s'est levé comme d'habitude vers 6 heures et s'est préparé pour aller travailler. Il s'est soudain senti très mal, avec une tachycardie importante et le sentiment d'être en train de mourir. Son épouse, Chantal, a appelé les urgences. Une ambulance l'a transporté à l'hôpital. Un bilan médical en particulier cardio-vasculaire n'a rien relevé de grave et Dominique a pu rentrer chez lui. Le lendemain, au moment de se rendre à son cabinet, des sueurs, une tachycardie, un sentiment de malaise sont à nouveau apparus. Un de ses amis, infirmier installé en libéral non loin de son cabinet, lui conseille de s'arrêter et l'oriente vers moi.

Charly CUNGI

Psychiatre, psychothérapeute FMH, Clinique Belmont, Genève.



Les étapes d'une thérapie comportementale et cognitive

Apparues au début du XX^e siècle, les Thérapies comportementales et cognitives (TCC) découlent de l'application de la théorie et de la neurobiologie de l'apprentissage.

Les objectifs d'une TCC sont :

- d'une part, l'acquisition de nouvelles manières de percevoir, de penser et d'agir dans le contexte où vit la personne, y compris quand ce contexte change, ce qui est fréquent à notre époque.
- d'autre part, le maintien des acquis pour l'avenir et la prévention des rechutes.

Une TCC est fortement structurée en différentes étapes

Chacune des étapes s'établit à partir de la précédente, sans l'annuler. Une bonne métaphore est celle des poupées russes : chaque « poupée-étape » englobe et développe les acquis.

- La première étape consiste à établir avec le patient une relation de collaboration active ;
- la seconde étape est l'analyse fonctionnelle durant laquelle thérapeute et patient construisent ensemble un modèle du problème et précisent les objectifs et les méthodes ;
- la troisième étape est l'application des méthodes ;
- la dernière étape est l'évaluation du résultat.

Plan des séances de la psychothérapie

- Accueil du patient (lequel doit faire le lien avec la session précédente, par exemple : « Quel est le point le plus important que nous avons traité la dernière fois ? »)
- Revue des tâches assignées (tâches convenues de faire entre les séances de psychothérapie)
- Agenda de la séance : définir l'objectif de la session et les méthodes
- Travail de la séance
- Mise au point des tâches assignées pour la session suivante
- Résumé de la séance
- « Retour » sur la session, les impressions du patient et du thérapeute, ce qui a été utile et ce qui ne l'a pas été.

Les méthodes employées ont été l'objet, pour les thérapeutes, d'un entraînement spécifique et font référence aux critères de l'*evidence based medicine*, la médecine basée sur des preuves : une bonne validation scientifique et la possibilité pratique de les appliquer.

Un contrat précisant le nombre de séances, les objectifs et les méthodes, est passé entre le patient et le thérapeute. Un nouveau contrat est établi quand se présentent de nouveaux objectifs, avec une nouvelle analyse fonctionnelle.

L'évaluation est la règle :

- à court terme, chaque hypothèse, chaque application de méthode est appréciée ;
- à moyen terme, et à la fin de la thérapie les résultats sont mesurés ;
- à long terme le maintien des résultats et l'évolution sont également évalués.

L'organisation de la psychothérapie, l'entraînement systématique



© Christian Fafet, No Face B n° 120 (détail), 2009.

de méthodes bien validées sont des conditions majeures pour l'efficacité. Mais « le solfège et la pratique de l'instrument ne sont pas ennemis de la musique », au contraire : plus je possède les techniques plus je peux faire preuve d'imagination et d'adaptation sans prendre de risque.

Soulignons enfin deux principes directeurs :

- Le respect de la règle éthique si importante en médecine : « *Primum non nocere* »,
- L'importance du principe de parcimonie, issu du rasoir d'Ockam (1) : « *les multiples ne doivent être utilisés sans nécessité* ». Les conceptualisations simples et les méthodes parcimonieuses font les meilleurs résultats. Complexifier est souvent plus « *intéressant pour faire de jolies théories* » la plupart du temps inefficaces. Simplifier est bien sûr plus difficile. Certes, un être humain « simple » n'existe pas et la complexité ne peut pas être réduite, par contre les problèmes, les projets et les méthodes pour aller de l'avant le sont bien davantage.

1– Le « rasoir d'Ockam » est un principe de raisonnement philosophique entrant dans les concepts de rationalisme et de nominalisme. Ockam, in Encyclopédie de la philosophie, 1176-1177, Vattino G, Ferraris M, Marconi D, Pochothèque, le livre de poche, Paris 2002.

– **Dominique exerce depuis vingt ans**, dans une ville de moyenne importance. Sa consultation est surchargée (au moins 20 consultations par jour et parfois jusqu'à 35 et plus). Ses vacances d'été durent rarement plus de deux semaines, et il ne part jamais plus de quelques jours dans l'année.

Il commence son travail tôt le matin, vers sept heures, et termine rarement avant vingt et une heures.

Chantal, son épouse, assure la gestion du cabinet : prise de rendez-vous, comptabilité, administration. Le couple a deux enfants.

– **Dominique m'explique** qu'il a commencé à exercer dès la fin de son internat, et **a été rapidement débordé** de demandes de soins. Il ne refuse jamais de recevoir un patient, ce n'est pas dans ses valeurs, et apaise aussi sa crainte de « *perdre des patients* ».

Chantal éprouve aussi beaucoup de réticence à refuser les demandes des patients, même quand elles n'ont aucun caractère d'urgence. Dominique a la vocation ! Prendre soin des autres est prioritaire dans sa vie. Au cours de ses études, il passait déjà une grande partie de son temps à l'hôpital. Mais avec l'âge, les pressions continues et la surcharge permanente ont érodé considérablement sa disponibilité.

– **Dominique exerce son métier de façon plutôt solitaire**. Il rencontre ses confrères et d'autres professionnels de santé de façon épisodique, uniquement lors de soirées de formation médicale continue.

– De plus en plus fatigué, **Dominique a perdu l'intérêt** qu'il portait aux patients. Ceux-ci sont même devenus un « *poids* ». Il se sent de plus en plus irrité, découragé, voire parfois hostile. « *J'en ai marre de m'occuper de ces "tout m'est dû", qui n'hésiteront pas une seconde à me coller un procès si c'est rentable pour eux !* », répète-t-il souvent. Son discours devient cynique, envers les patients, l'administration, ses confrères et même l'humanité en général : « *Ils feraient mieux de travailler, seuls les arrêts de travail les intéressent !* » ; « *La Sécu ne fait que nous emm...* » ; « *On ne peut plus compter sur les confrères, tout le monde se défile... Impossible de trouver un psychiatre pour un patient...* » ; « *L'homme est un loup pour l'homme* » ; « *Ça ne vaut pas le coup de faire quelque chose pour l'être humain !* » ; « *Tout le monde s'en fout !* »...

À fond, sa vie professionnelle n'a plus de sens à ses yeux : « *À quoi je sers ?* » ; « *Nous sommes dans une drôle de civilisation,*

tout le monde est gâté et je participe au "gâtage" général » ; « *Je suis devenu un distributeur de médicaments et d'arrêts de travail* » ; « *A quoi sert de s'occuper des vieux, pour prolonger leurs souffrances ?* »

Cette perte de sens envahit sa vie personnelle et familiale : « *Je ne vois jamais mes enfants, ils ont grandi sans moi* » ; « *Nous ne sommes plus un couple, simplement des colocataires.* » « *Si je n'avais pas la charge familiale, j'arrêteraient tout.* »

– Plutôt soucieux depuis toujours, comme d'ailleurs l'étaient ses parents, **Dominique dort mal depuis plusieurs années**. Il présente à la fois des difficultés d'endormissement et des réveils vers quatre heures du matin, un rendormissement difficile et un lever très pénible vers six heures et demie. Il éprouve des difficultés pour se concentrer et maintenir son attention, des troubles de la mémoire. Il a perdu quatre kilos ces derniers mois, et n'a plus d'appétit.

– **Épuisé, il est pessimiste sur lui-même, les autres, le contexte et l'avenir**. Des idées de mort et parfois suicidaires lui passent par l'esprit, par exemple lorsqu'il est au volant : « *Si je rentrais dans cet arbre, je serai tranquille* » ; « *Un accident, ce serait le mieux...* ».

Dominique n'a plus goût pour rien, et même des activités habituellement plaisantes ne l'intéressent plus.

– Ayant facilement accès aux médicaments, en prescrivant « *pour son épouse* » ou « *ses parents* », il a tout essayé : les antidépresseurs, les anxiolytiques et les neuroleptiques. **Il prend un antidépresseur sérotoninergique en continu, et très régulièrement des benzodiazépines, parfois un neuroleptique.**

– Dominique a arrêté de fumer depuis six ans au moment de la première consultation, mais **sa consommation d'alcool est devenue plus importante**. Souvent un double whisky le soir lui sert de somnifère.

DIAGNOSTIC CLAIR

Selon les critères de Christina Maslach, le burn-out de Dominique est assez évident et clairement relié à la surcharge de travail. Un trouble dépressif est également repéré : humeur triste, fatigue, trouble du sommeil, troubles cognitifs (difficultés pour maintenir son attention, troubles mnésiques), perte d'appétit et amaigrissement, perte d'intérêt pour tout, y compris les activités habituellement plaisantes et enfin des idées suicidaires.

La triade cognitive dépressive de Beck

(22) apparaît : pessimisme sur soi-même, sur le contexte (profession, entourage...), sur l'avenir. L'anxiété est également importante.

« JE NE SUIS PAS UN CAS ISOLÉ »

Ces premiers éléments sont recueillis au cours du premier entretien, où s'établit une alliance thérapeutique (23) sur les diagnostics et la conceptualisation du problème. L'hypothèse que nous formulons ensemble est la suivante : l'engagement de Dominique dans ses études, puis dans sa vie professionnelle, résultait des vertus qui sont les siennes : altruisme, ténacité, courage. L'anxiété familiale préexistait au trouble et rend compte en grande partie des craintes de refuser, et aussi de sa disponibilité continue : peur de laisser passer un diagnostic, de ne pas avoir fait assez, des conséquences en cas d'erreur.

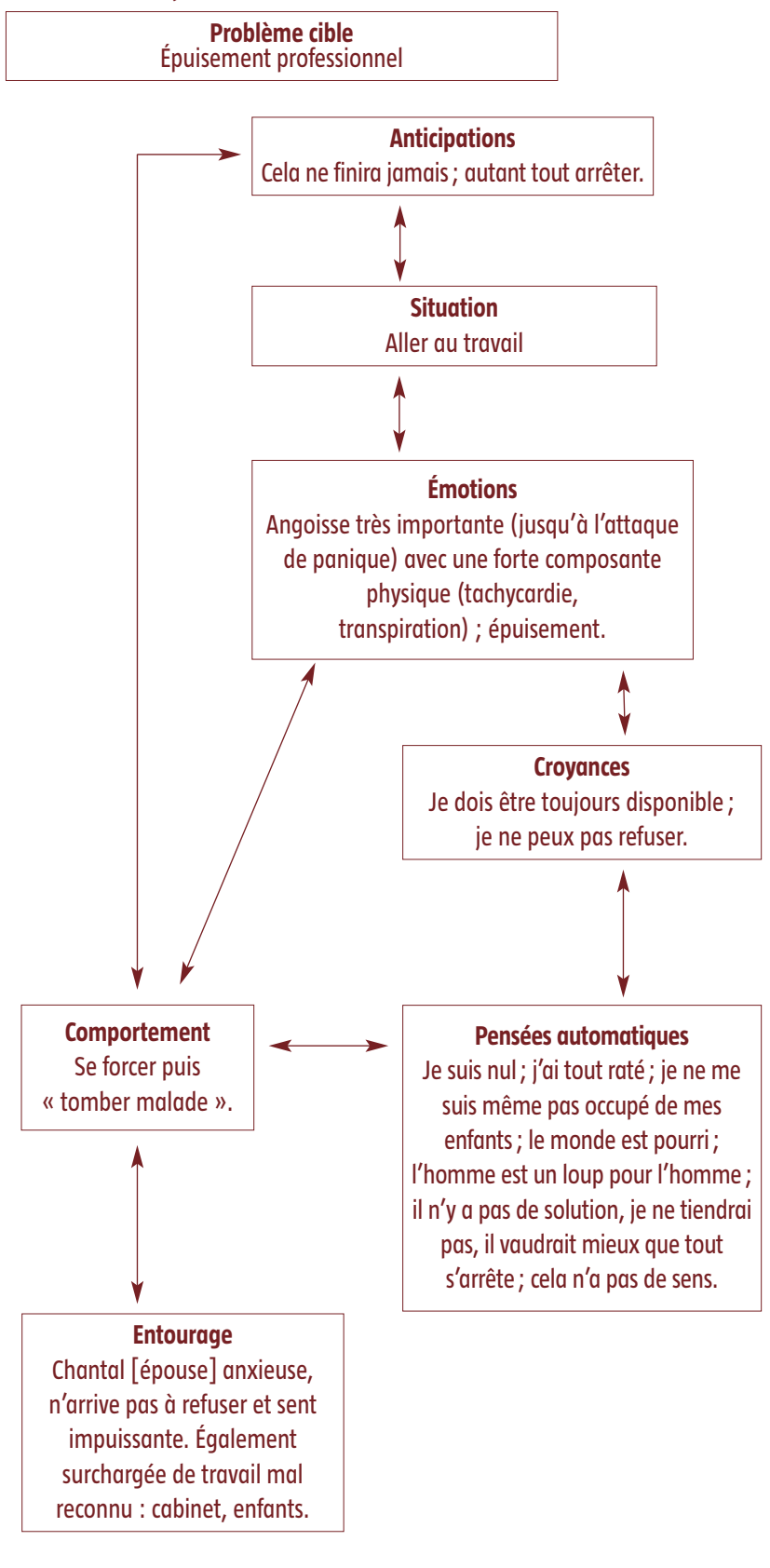
La surcharge professionnelle durant des années a entraîné un épuisement complet. « *Le nez dans le guidon* » en permanence a réduit le sentiment altruiste de Dominique et lui a fait perdre le sens de son métier. La dépression dans ce contexte apparaît logique et alimente le désespoir : pas de solutions autres que disparaître.

Je délivre à Dominique une information scientifique sur son syndrome. Je détaille les trois critères du burn-out selon Christina Maslach, que l'on retrouve aisément dans sa problématique, mais également le modèle de Robert Karasek et Thores Theorell (24) sur les trois points constitutifs de la souffrance au travail : surcharge professionnelle, perte d'autonomie, manque de soutien et d'aide par les autres.

J'indique également la fréquence du burn-out des médecins, le taux de suicide. Comme première tâche assignée, je lui recommande un film sur ce thème, que je lui remets sous la forme d'un compact-disc (25). Je conclus qu'il s'agit d'une pathologie bien connue et que les solutions existent. Nous convenons également de la nécessité de maintenir l'arrêt de travail tant que le problème n'est pas réglé, ce qui soulage visiblement beaucoup Dominique. Les faits de bien identifier son problème, de disposer d'une information, lui permettent déjà de modifier sa manière de voir les choses :

– « *Il s'agit d'un burn-out, c'est clair et visiblement cela n'arrive pas qu'aux autres, mais nous sommes nombreux dans ce cas.* » [Je ne suis pas un cas isolé]

Tableau 1 – Synchronie



– « *Ce n'est pas moi le problème, ni les autres, c'est le burn-out, qui est une maladie.* » [Attribution du problème à une maladie, pas à la personne]
– « *Il y a des solutions.* » [Et donc de l'espoir]

« JE NE VOIS PAS DE SOLUTION »

Trois jours plus tard, un second entretien vise à effectuer une analyse fonctionnelle afin de préciser :

- les buts de la psychothérapie ;
- les méthodes d'évaluation ;
- les méthodes thérapeutiques ;
- le contrat pour un nombre de séances et leur rythme.

Pratiquée avec la grille SECCA de Jean Cottraux (26), cette analyse fonctionnelle comporte :

– **une phase synchronique** (voir tableau 1), qui met en évidence de quelle manière le problème cible est maintenu ou aggravé, « ici et maintenant » ;

– **une phase diachronique**, qui organise les facteurs historiques et éclaire la genèse du problème cible (voir tableau 2).

Cette analyse fonctionnelle est un moment crucial de la psychothérapie et doit être renouvelée autant de fois que nécessaire.

À travers ce travail, la discussion avec Dominique montre l'importance de la dépression et du risque suicidaire :

Thérapeute (T.) : « *Si cela continue comme ça, que va-t-il se passer ?* »

Dominique (D.) : « *Je ne vois pas de solution... Ça va mal finir...* »

T. : « *Vous pensez de plus en plus à en finir, au suicide ?* »

D. : « *De plus en plus.* »

T. : « *Donc autant prendre le temps de bien traiter le problème, l'arrêt de travail vous a déjà soulagé, autant le maintenir, la thérapie est prioritaire maintenant : dans nos métiers il vaut mieux être un cordonnier bien chaussé...* »

D. : « *Effectivement... De toute manière je n'ai pas le choix, ou je fais ça ou ça finira mal, je n'ai rien à perdre.* »

Dans ce court dialogue, je n'hésite pas à mettre à plat le problème tel que Dominique le vit, particulièrement son vécu de désespoir et les idées suicidaires, et j'insiste sur la priorité de la psychothérapie par rapport à la reprise du travail. Cette façon de procéder installe confortablement le cadre du soin.

Trois autoévaluations, réalisées avec les échelles de burn-out de Maslach (27), de dépression de Beck (22) et de l'anxiété trait-état de Spielberger (28), confirment

les diagnostics de burn-out, de dépression et de trouble anxieux.

Le programme thérapeutique découle logiquement de l'analyse fonctionnelle et des priorités mises en évidence.

DÉPASSER LA DÉPRESSION

• **Durant la première phase du traitement**, je propose à Dominique une thérapie cognitive de la dépression et de l'anxiété. Cette étape comporte :

– une phase comportementale de reprise progressive d'activités. Nous construisons ensemble un programme de sorties en montagne avec son épouse et un planning de bricolage à la maison, accompagnés de l'évaluation de la maîtrise et du plaisir ressenti pour chaque activité. Des entretiens de couple sont régulièrement effectués, afin de favoriser la communication entre Chantal et Dominique et de définir leurs objectifs communs. Un arrêt progressif des benzodiazépines se passe bien.

– une seconde phase cognitive concerne les manières de percevoir et de penser les choses. Le questionnement socratique en est l'outil principal. Dominique et Chantal remettent assez rapidement en question les pensées automatiques, ceci étant bien sûr facilité par le fait de ne plus travailler. Les croyances sur la nécessité de disponibilité permanente pour bien faire son travail sont relativisées. L'engagement familial particulièrement au niveau des enfants et du couple est largement discuté.

REPRENDRE CONFIANCE

• **La seconde phase** de la thérapie comporte un entraînement spécifique au contrôle émotionnel, avec un programme centré sur la relaxation rapide en situation. Avec Dominique, il s'agit d'un entraînement à la cohérence cardiaque (29), d'un apprentissage des « crises de calme » (30) et la relaxation profonde (selon la méthode de Benson, 31).

• **La troisième phase** de la thérapie est centrée sur l'affirmation de soi, avec un entraînement en jeu de rôle.

• **La quatrième phase** de la thérapie consiste à préparer la reprise progressive du travail. Avec Dominique, différents outils sont utilisés :

– une méthode de résolution de problème lui permet d'aborder les choses différemment et concrètement ;
– la réorganisation de la charge de travail. Ses journées sont planifiées, avec des horaires et un emploi du temps pour la semaine, particulièrement le jeudi et le

Tableau 2 – Diachronie

Données structurales possibles

Génétiques : parents anxieux, craignant pour l'avenir
Personnalité : les valeurs (ténacité, persévérance, courage, altruisme)

Facteurs historiques de maintien

Les valeurs des parents, l'importance de la réussite dans les études et de la réussite sociale, le rôle des garçons qui doivent réussir, les filles doivent élever les enfants (« Ma sœur est comme ma mère »)

Facteurs déclenchants initiaux invoqués

Surcharge de travail ; isolement professionnel (« À l'hôpital ça allait mieux ») ; tracasseries administratives ; prise de conscience du fait que les enfants ont grandi et de l'état dégradé de la vie familiale.

Événements précipitant les troubles

Attaque de panique inaugurale, impossibilité de retourner au travail malgré la volonté, sentiment dépressif de plus en plus marqué.

Autres problèmes

Problème de couple, « Colocataires plutôt que couple » ;
Position de père : « Je me sens malhabile ».
Tendance à boire de plus en plus d'alcool. Surconsommation de café.

Traitements précédents

Antidépresseur sérotoninergique continuellement, benzodiazépines pour se calmer et pour dormir, auxquels sont rajoutés alcool et café pour tenir le coup.

samedi de congé. Les temps de travail pour la consultation, pour l'administratif (courrier, documents à remplir) font l'objet d'une attention particulière ;

– la mise en place de plages horaires dédiées à la prise de rendez-vous et aux appels téléphoniques ;

– la redéfinition du mandat professionnel : ce qui est nécessaire et/ou acceptable ou non, l'intérêt de prendre le temps de soigner vraiment... ;

– l'apprentissage de techniques pour différer une consultation, refuser un arrêt de travail ou un certificat, demander des efforts au patient...

La reprise de travail d'abord à mi-temps est utilisée comme un laboratoire pour

« tester » les méthodes : « *Les choses que l'on doit apprendre on les apprend en les faisant* », écrivait Aristote (32). Dominique et Chantal s'exercent à utiliser leurs nouveaux acquis dans le contexte professionnel.

Dominique fait ainsi l'expérience que son travail est de meilleure qualité, qu'il en retire du plaisir et du sens. La fatigue est prise comme un signal indiquant la nécessité de se reposer ou de réfléchir sur ses causes afin d'en tenir compte de modifier la conduite à tenir.

• **La cinquième et dernière phase** de la thérapie consiste à participer à un groupe de thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (*Mindfulness Based Cognitive*

Therapy, 33), deux heures hebdomadaires durant huit semaines avec comme objectif la prévention des rechutes dépressives et une meilleure gestion du stress.

EN CONCLUSION

La TCC de Dominique a été réalisée au cours de 32 consultations individuelles ou en couple, 8 sessions de groupe pour la pratique de la pleine conscience. Ces séances se sont étalées sur seize mois. La reprise du travail a démarré après une année de prise en charge. Relevons que la participation active de l'épouse a considérablement facilité le processus thérapeutique et modifié le fonctionnement du couple.

Des évaluations réalisées quatre ans après la fin de la thérapie montrent que les bénéfices sont maintenus. Le traitement antidépresseur et anxiolytique a été arrêté et la consommation d'alcool n'est plus que conviviale.

Dominique a ainsi pu bénéficier d'un soutien thérapeutique relativement court, qui a profondément modifié sa manière d'appréhender son métier et au-delà, sa vie. Aujourd'hui il a acquis une certaine distance et sait se préserver, tout en étant satisfait de son travail.

Charly Cungi est directeur de l'enseignement à l'Institut francophone de formation et de recherche en thérapie comportementale et cognitive (IFFORTHECC), qui dispense plusieurs diplômes et des cycles de perfectionnement à la pratique des TCC. Plus d'infos sur www.ifforthecc.org. Des programmes de formation et d'entraînement en ligne sont également diffusés sur : www.tccformation.com

1– CIM 10, Classification Internationale des maladies, 10^e édition, OMS Genève.

2– DSM-5 Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, American Psychiatric Association, 2013.

3– Voir l'excellente revue faite par Ulrich Michael Hemmelter : Treatment of burn-out : overlap of diagnosis, in Bahrer-Kohler S., Burn-out for experts, Springer New York, 2013

4– Burn-out syndrome in an international setting, Javier Carod-Artal F., Vázquez-Cabrera C. in Bahrer-Kohler S., Burn-out for experts, Springer New York, 2013

5– Savoir gérer son stress, Cungi C., éditions Retz, Paris 2005, Pocket 2013.

6– The Wisdom Of The Body, Cannon W. B. WW. Norton and Company, Inc. Ré édition 1963

7– The stress of life, Selye H., New York : McGraw-Hill, 1956

8– Community based treatment for young adult offenders, Bradley HB., Crime and delinquency, 15(3), 359-370. 1969.

9– Staff burn-out, Freudenberger HJ. Journal of social issues, 30, 159-165. 1974.

10– Burn-out : recent developments in theory and research. Maslach C., Marek T., Schaufelin W., CRC ed. new york. 1996.

11– Burn-out, the cost of caring, Maslach C., Malor book, Los Altos 2003.

12– Controlling stress and tension. Girdin D., Everly G., Dusek DE., Needham Heights, MA Allyn & Bacon, 1996.

13– Stress in organisation, Toward a phase model of burn-out, Golembiewski RT., Munzenrider R., Stevenson JG., Praeger, New York, 1986.

14– Burn-out syndrome in an international setting, Javier Carod-Artal F., Vázquez-Cabrera C. in Bahrer-Kohler S., Burn-out for experts, Springer New York, 2013

15– Burn-out among french general practitioners Cathébras P, et col., Presse Med 2004 ; 33:1569-74

16– Psychosocial and professional characteristics of burn-out in Swiss primary care practitioners : a cross-sectional survey. Goehring C, Bouvier GM, Kunzi B, Bovier P. Swiss Med Wkly. ; 135(7-8):101-8. 2005.

17– La santé psychique des médecins suisses sous la loupe des médecins du travail, Kursner D., Danuser B, Highlights, 2006 Forum Med Suisse 2007 ; 7:7-8 - Suicide Rates Among Physicians : A Quantitative and Gender Assessment (Meta-Analysis), Schernhammer ES., Colditz GA., Am J Psychiatry 161 : 12, December 2004.

18– Pour la Suisse : Remed, Réseau de soutien pour médecins 0800 0 73633, help@swiss-remed.ch; pour la France : AAPML Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux 0826 004 580

19– Therapy of the burn-out syndrome (17 studies), Korkzak D., Wastian M., SchneiderM, GMS Health Technol Assess. 2012.

20– Stressmanagement als Burn-out-Prophylaxe (Prevention of burn-out by stress management) Günthner A., Batra A., Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 55(2):183-9.2012.

21– Take charge : patients' experiences during participation in a rehabilitation programme for burn-out Fjellman-Wiklund A., Stenlund, Steinholtz K. Christina Ahlgren C., Rehabil. Med ; 42: 475-481.2010.

22– Cognitive therapy of depression, Beck AT., Rush AJ., Shaw BF, Emery G., Guilford Press, New-York 1979.

23– L'alliance thérapeutique, Cungi C, Retz, Paris 2006.

24– Healthy work : stress, productivity and the reconstruction of working life. Karasek, R. A., & Theorell, T., New York : Basic Books, 1990.

25– Emission de télévision de la Ratio télévision Suisse (TSR) : Mise au point, 12 février 2012.

26– SECCA pour Stimulus emotion cognition comportement anticipation. Cottraux J, Bouvard M, Legeron P, Méthodes et échelles d'évaluation des comportements, ed. EAP, 1985.

27– The Maslach burnout inventory : manual edition, Maslach C, Jackson SE., Palo Alto, Consulting Psychologists Press; 1986.

28– Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger., Gauthier, J., Bouchard S., Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, Vol 25(4), Oct 1993, 559-578.

29– Cohérence cardiaque, Cungi C, Deglon C., Retz, Paris 2014.

30, 31– Savoir se relaxer, Cungi C., Limousin S., Retz Paris, 2013.

32– Éthique à Nicomaque, Aristote, Flammarion, Paris 1998.

33– Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression, Segal ZV., Williams JMG., Teasdale JD., Guilford press, New-York 2013.

BIBLIOGRAPHIE

– Les psychothérapies comportementales et cognitives, Jean Cottraux, éditions Masson 2011.

– Savoir gérer son stress, Charly Cungi, éditions Retz et Pocket, 2012.

– L'alliance thérapeutique, Charly Cungi, éditions Retz, 2006 (avec un DVD d'entraînement).

Résumé : Après un point sur le concept de burn-out, l'auteur, psychiatre, présente l'apport des thérapies comportementales et cognitives dont l'aspect pratique favorise certainement les bons résultats reconnus par la littérature scientifique. À travers la thérapie de Dominique, médecin généraliste « à bout », il expose les étapes et les méthodes.

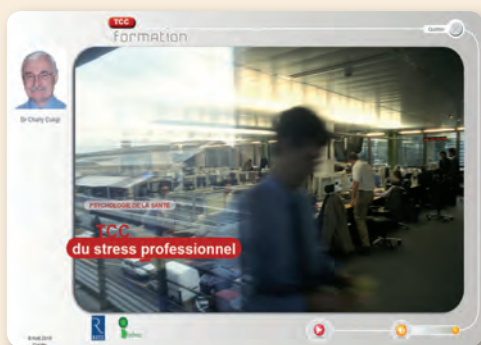
Mots-clés : Cas clinique – Concept – Épuisement professionnel – Médecin généraliste – Processus – Thérapie cognitive – Thérapie comportementale.

L'offre de formation francophone la plus complète en thérapies comportementales et cognitives

Zoom sur...

Le module e-learning « TCC du stress professionnel »

Grâce à cette formation, intégrez les techniques issues des thérapies comportementales et cognitives à vos pratiques actuelles, afin d'aider les personnes en situation de stress professionnel.



- Un module conçu par le Dr. Charly Cungi
- Une consultation en ligne, 24h/24 et 7j/7
- Une base théorique et des films de cas cliniques
- Les outils présentés et une synthèse à télécharger
- Des questionnaires d'auto-évaluation bilan
- Un tutorat en ligne inclus

Attestation de suivi délivrée en fin de module.

Tarif individuel : 120 euros / Institutionnel : 180 euros.

Tous nos modules sont sur www.tccformation.com

L'atelier présentiel « TCC du burn-out »

Via cet atelier, apprenez à diagnostiquer, traiter et prévenir le burn-out, problème de santé publique aujourd'hui mis en avant dans de nombreuses professions.

- Une formation assurée par le Dr. Charly Cungi
- 14h d'atelier à Rumilly (Haute-Savoie)
- Méthode interactive, films et témoignages
- Un contrôle des acquis par QCM
- Tours de table entre professionnels

Dates à consulter auprès de l'IFFORTHECC.

Tarif individuel : 340 euros / Institutionnel : 510 euros.

Tous nos ateliers sont sur www.ifforthecc.org



Découvrez aussi...

Nous proposons des formations DPC pour les médecins, disponibles sur le site www.mondpc.fr. Recherchez « IFFORTHECC » dans le champ « Sigle Organisme » du moteur de recherche de ce site et retrouvez l'ensemble de nos programmes DPC, en présentiel et e-learning.



No
face
21



L'après burn-out

Une enquête sociologique menée auprès de cadres victimes d'épuisement professionnel a mis en évidence les étapes de leur reconstruction. Ce parcours est ponctué de stades inscrits dans le temps et l'espace. Autant de repères pour accompagner le salarié.

Après un burn-out, le retour au travail ne va pas de soi et les approches classiques des services de ressources humaines sont généralement insuffisantes. Dans ce contexte, nous avons effectué en 2012 une enquête sociologique (1) auprès de cadres victimes (trois à cinq ans après leur burn-out). Il s'agissait d'étudier les conditions et les moyens de leur reconstruction. Basé sur une approche pragmatique, constructiviste et non-pathologisante, ce travail a cherché à éclairer le « *Comment on se reconstruit* » plus que le « *Pourquoi le travail consume* ». Cette posture méthodologique a évité les écueils de la stigmatisation des victimes. Le burn-out laisse une cicatrice indélébile dans la carrière d'un cadre. Les résultats posent la question du capital social et des ressources humaines de l'entreprise dans les années à venir.

DE QUELQUES PARADOXES...

1^{er} paradoxe : la médiatisation du burn-out est exponentielle et confuse, or alerter ne suffit plus, puisque le nombre de victimes et de plaintes autour du travail ne cessent d'augmenter. Cette contagion sociale qui exprime le mal-être des salariés pose de gros problèmes en matière de ressources humaines. Sur fond de crise économique et de pression des actionnaires, les salariés et les entreprises doivent faire plus avec moins de moyens et de qualité ressentie. Le sens du travail et la belle ouvrage se perdent.

Hôpitaux, institutions, entreprises publiques ou privées, tous les actifs de l'emploi sont déstabilisés et impactés par la logique gestionnaire. Les notions de rentabilité déséquilibrent le système sociétal tout entier.

2^e paradoxe : la sur-médiatisation banalise le burn-out et masque un phénomène plus grave, la peur de retourner travailler. Ces salariés traumatisés souffrent parfois de syndrome de stress post-traumatique (2), et manifestent parfois des symptômes et des malaises rien qu'à l'évocation de leur CV ou d'un projet professionnel. « Arrêtés-actifs » (en arrêt, mais ni au chômage, ni à l'âge de la retraite), ils sont paralysés face au monde du travail. Pour eux, l'urgence n'est pas de changer de travail, mais de changer leur rapport au travail. Les entrelacs sont si complexes que bien souvent, le salarié victime et le médecin (du travail, psychiatre ou généraliste) sont démunis et désorientés.

3^e paradoxe : reprendre le travail après un burn-out ne garantit rien en matière de santé au travail. Les médecins restent d'ailleurs dubitatifs devant l'équilibre bénéfices/coûts. Retrouver une activité sociale peut-être bénéfique en effet mais les risques de rechutes sont importants.

4^e paradoxe : reprendre le travail est devenu un risque psychosocial. Il arrive que des Directions de ressources humaines (DRH) rejettent l'avis du médecin-conseil préconisant la reprise car elles redoutent les conséquences juridiques (risque pénal et faute inexcusable, art. L. 4121-1 du Code du travail) en cas de rechute grave du salarié (suicide sur le lieu de travail).

5^e paradoxe : bloquer l'accès et le retour à l'emploi devient une sécurité paradoxale, qui bloque l'ensemble du système

social. Le salarié subit alors une double peine : celle d'un investissement antérieur non reconnu et cher payé et celle de la restriction dans sa possibilité et ses espoirs de retour.

De ces cinq paradoxes, découle une problématique tripartite (salarié, médecin, DRH). Quand rien n'est fait, les conséquences sont les suivantes :

– **sans retour dans l'emploi**, le salarié perd confiance en lui et ancre son traumatisme lié au travail (risque de désocialisation et difficulté de réinsertion) ;

– **sans retour ou accompagnement adapté du salarié**, l'entreprise se prive d'une compétence sur laquelle elle avait pourtant investi (fuite des compétences, mauvaise image interne du management et des RH) ;

– **sans soutien des RH**, le médecin du travail ne peut aider son patient-salarié à retrouver sa place et son estime professionnelle (sentiment d'inutilité et d'impasse). À cela s'ajoute un phénomène de plus en plus récurrent : les personnes épuisées, laissées sur le bas-côté du chemin de l'emploi, ne réinvestissent plus jamais leur travail de la même façon.

QUE RESTE-T-IL APRÈS UN BURN-OUT ?

Le burn-out est un chagrin d'honneur qui blesse à vie. Ses conséquences en matière de trajectoires professionnelles sont définitives et représentent un véritable casse-tête pour les services de santé au travail, qui doivent se former aux métiers de l'orientation. Les résultats de notre enquête montrent que pour l'ensemble des interviewés, les phases de reconstructions sont longues... (entre 6 et 24 mois). « *On ne se remet pas d'un burn-out : on vit avec* ».

Dans tous les cas, le vécu du burn-out et les étapes de la reconstruction révèlent que la finalité du travail (l'intrinsèque) reste

Sabine BATAILLE

Sociologue, RPBO Conseil, Paris.

plus importante que la centralité du travail (la place occupée dans la vie de la victime), car la finalité est plus structurante pour le cadre qui reconstruit son identité professionnelle.

important à leurs yeux mais contribue juste à l'équilibre (temps partiel...). Les promotions et les opportunités professionnelles sont rejetées si elles mettent en péril ce nouvel équilibre.

périodes sont décrites comme ascendantes, d'autres stagnantes, mais avec très peu de retour arrière. Des personnes sont restées bloquées sur des paliers plusieurs mois, voire plusieurs années. Néanmoins,



Au regard de sa santé mentale, le salarié victime de burn-out n'a d'autre choix que de renoncer à son poste pour espérer repartir sur de bonnes bases mais avec des cicatrices personnelles, visibles et ancrées dans son identité professionnelle. »

Le vécu de la reconstruction démontre que la centralité du travail va se déplacer, véhiculant avec elle les valeurs de l'individu (socle de base de l'identité professionnelle). La reconstruction conduit le sujet à revoir son mode d'investissement au travail, car cette centralité du travail interroge l'ethos (3) personnel et l'amène à reconsidérer sa place dans le système-travail. Le vécu d'un burn-out est un événement impactant la mémoire biographique des salariés, qu'ils traîneront en filigrane dans leur trajectoire professionnelle comme un enjeu, ou comme un « en – je » cristallisé. Cette cristallisation du trauma affecte ainsi non seulement la carrière (bifurcations, réorientation, rupture avec le marché de l'emploi), mais aussi ses représentations sur le travail (motivations, intérêts, retour sur engagement).

L'enquête insiste sur le fait que tous les témoins avaient envie de retourner au travail et que cette projection dans le travail faisait partie intégrante d'une des phases (sans doute la plus importante) de leur reconstruction et aussi d'un principe de réalité réenclenché.

Les résultats font ressortir différents scénarios de reconstruction (4) :

– **Les « incompris »** manifestent leur révolte par une rupture catégorique (abandon de poste, démission...). Ils refusent d'être maintenus dans leur sphère antérieure. Ils sortent et cassent le moule dans lequel ils se sentaient à l'étroit. Ils perdent et rejettent la contrainte économique. Ils perdent tous en salaire et risquent la désinsertion professionnelle (chômeur longue durée).

– **Les « désenchantés »** abandonnent une partie de leur ambition au profit d'une revalorisation de leurs enjeux identitaires personnels. Le travail n'est plus le lieu principal de construction identitaire, il reste

– **les « aveuglés du travail »** sont des funambules en équilibre précaire et toujours en danger. Leur centralité du travail reste forte aussi bien d'un point de vue économique qu'expérientiel. Ces deux lignes de forces sont encore très présentes et non négociables malgré leur souvenir du burn-out. Ils risquent la rechute, mais restent dans le déni de ce qui leur est arrivé.

LE RAPPORT AU TRAVAIL

Parler de reconstruction post burn-out ne vise pas à proposer un remède, mais à formaliser un passage incontournable pour éviter la rechute. Dans une approche constructiviste, s'interroger sur le processus vaut davantage que de s'interroger sur le contenu. Ainsi, au-delà du « Pourquoi ? » (Phase 1), c'est le « Comment ? » (Phase 2) et le « Vers quoi ? » (Phase 3) qu'il s'agit d'explorer. Libérer la parole professionnelle, observer les changements d'opinions permet impulser les leviers d'action sensibles de la reconstruction et d'élaborer un nouveau rapport à son travail. Ce dernier mis à distance du soi, devient alors moins central pour laisser place à des choses plus essentielles, plus simples, mais plus affirmées, plus fermes, plus délimitées et aussi plus protectrices. Apprendre à repositionner les limites qui ont été dépassées devient un apprentissage de chaque instant. Le plus difficile est de tenir les bonnes résolutions.

Les résultats de l'enquête montrent qu'il y a bien un avant et un après burn-out. Le rapport au travail s'est modifié fondamentalement, irrémédiablement et ce pour l'ensemble des personnes rencontrées.

ACCOMPAGNER LES VICTIMES : LA MATRICE RPBO®

Toutes les victimes entendues sont passées par les mêmes stades. Certaines

certaines témoignages permettent de voir clairement une issue favorable, marquant la réussite de la dynamique de reconstruction par l'atteinte d'une identité professionnelle de nouveau en *flow* (aspiré par l'inspiration au travail).

C'est sur la base de ces témoignages que la matrice RPBO® (reconstruction post-burn out) (voir tableau) a été élaborée. L'équilibre idéal repose sur un triptyque conditionnel (émotion, motivation, ambition), un duo de compétences (jouer, oser) et un duo d'aptitudes (être soi et y trouver un plaisir dans l'exercice de ses comportements) : c'est le « seuil de l'Ethos » ou « seuil d'épanouissement ». Ce seuil est cependant le plus difficile à atteindre, à dépasser et à conserver pour éprouver du plaisir au travail et rester performant. Garantir les conditions de son atteinte est une responsabilité tripartite (service de santé au travail, salarié et Ressources humaines).

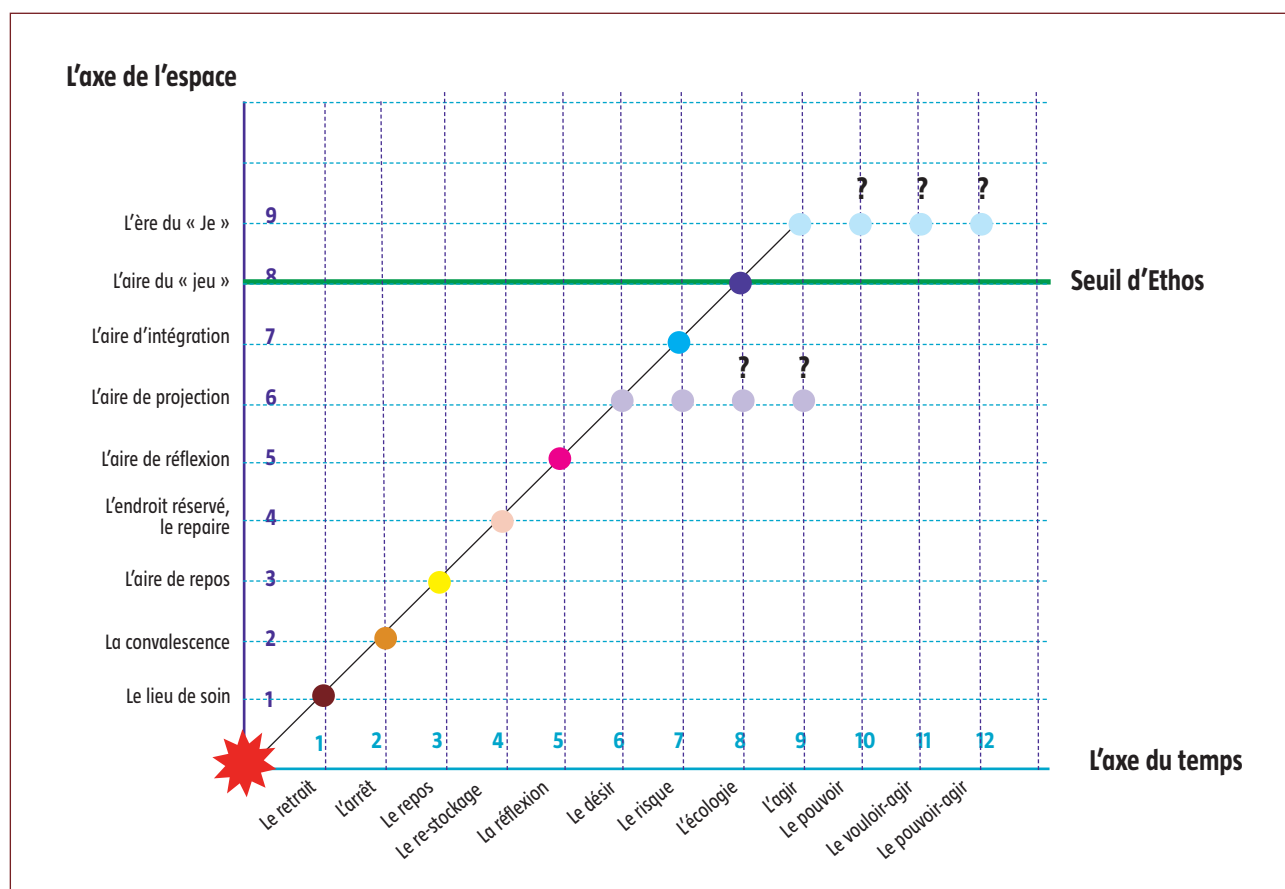
L'enquête a permis d'élaborer une méthode pour :

- aider à retracer les étapes de l'expérience vécue ;
- rendre compte des phases d'alarme non entendues ;
- dessiner sa cartographie des risques ;
- aider le salarié à s'auto-positionner sur la matrice RPBO®.

- responsabiliser le salarié dans ses actes, dans ses choix et ses non-choix.

Les processus pédagogiques et thérapeutiques sont les suivants :

- exploration du vécu par entretien clinique (psychologue) ;
- analyse contextuelle et interactionnelle des zones de risques par un systémicien (sociologue) ;
- désensibilisation des émotions négatives liées au travail (psychiatre avec thérapies cognitives et comportementales) ;
- retour d'expérience et réintégration

La matrice Reconstruction post burn-out - RPBO®

Destinée aux accompagnants, cette grille est un outil pour aider les personnes en situation de post burn-out à se situer dans le processus de reconstruction. Elle permet de tracer un axe personnel de progression, ici représenté de façon idéalement linéaire. Les quelques points dédoublés symbolisent le fait que certains individus peuvent rester bloqués plus longtemps que d'autres sur un palier, avant de reprendre une progression voire de s'interroger sur leur seuil maximal.

professionnelle (RH et consultant spécialisé en mobilité professionnelle). Insistons sur le fait qu'évoquer le travail est un travail sur soi, ce qui implique d'être encadré par des professionnels rigoureusement formés à cette pratique.

PRÉSERVER L'IDENTITÉ RECONSTRUITE

Le salarié peut s'appuyer sur deux axes réparateurs de la matrice : l'axe du temps et l'axe de l'espace. Abstraites, ces deux dimensions sont pourtant très contextualisantes. Elles ont la spécificité de générer une qualité émergente et de permettre à l'identité professionnelle de se « mailler » entre ces deux repères.

• **Le temps** (1^{er} axe) permet de repérer des indices de la reconstruction dans la façon qu'ont les victimes de transformer leurs contraintes en opportunités. Le temps se séquence en étapes, en douze

« positions temporelles » qui suivent trois grands jalons : le passé, le présent, l'avenir.

- le retrait : date de diagnostic de burn-out ou arrêt de travail.
- l'arrêt : début réconciliation temps quantitatif/temps qualitatif.
- le repos : temps de pause, temps calme, temps suspendu.
- les ressources à stocker : période de réapprovisionnement, réserves d'énergie.
- la réflexion : imaginaire, idées, pistes.
- le désir : frémissement, envie de (re)faire des activités.
- le risque : enjeux, le pour/ le contre.
- l'écologie : équation désir-risque-bénéfices.
- l'agir : résolution de l'équation désir-risques mesurés-bénéfices garantis.
- le pouvoir : capacité d'agir sur et pour faire les choses.
- le vouloir-agir : volonté d'action.

– le pouvoir-agir : capacité de mise en mouvement orientée vers un but.

Ces 12 positions s'enchaînent de façon séquentielle mais à des rythmes et des fréquences différents en fonction des personnes.

• **L'espace** (2^e axe), comme lieu et contenant l'action, dévoile les lieux de la reconstruction. L'espace se séquence en neuf jalons symboliques à traverser.

- le lieu du soin : espace protecteur et institutionnel (l'hôpital ou le cabinet de médecin).
- l'espace de convalescence : espace privé, intime (la maison).
- l'aire de repos : convalescence avec quelques interactions sociales.
- le repaire : endroit réservé, connu, apprécié et protégé par des repères sécurisants (espace à soi).
- l'aire de réflexion : lieu où la personne réfléchit à ce qui lui semble essentiel

(cabinet d'un consultant-coach-thérapeute ou groupe d'échanges et de rencontres).

– l'aire de projection : endroit où le symbolique (idées) précède le rationnel (pragmatique de l'action).

– l'aire d'intégration : endroit où s'imbriquent les idées, les actions et leurs combinaisons.

– l'aire de « jeu » : lieu où la personne commence à prendre plaisir à agir, à inventer, à innover.

– l'ère du « Je » : la personne s'exprime de nouveau comme sujet et manifeste la renaissance de l'identité professionnelle.

Ces neuf espaces ou jalons se développent et s'étendent de façon linéaire, mais avec des retours en arrière parfois nécessaires pour consolider les étapes.

• **Enfin, l'identité (3^e axe)**, comme maillage émergent, exprime la reconstruction de l'identité professionnelle au carrefour entre le psychique et le social (Bidart, 2010). En réalisant un focus sur les logiques dynamiques et les façons de cheminer, l'enquête montre l'articulation entre l'événement (le burn-out) et la bifurcation (changement de cap) dans les trajectoires professionnelles et les changements de représentations accompagnant les bifurcations durables (Bataille, 2012).

Devant les efforts qu'exige la reconstruction, les interviewés évoquent leur fragilité de façon récurrente. La peur subsiste au point de faire apparaître des syndromes du survivant (5), qui attend qu'on le délivre de cette souffrance invisible (mélange de sentiments de culpabilité et impression d'imposture). Cependant, la fonction de leur souvenir est double et nécessaire : protéger (la simple évocation suffit à prévenir) et alerter (suffit à stopper). La nécessité de réinstaurer un cadre de travail protégé post burn-out, passe pour les victimes par trois conditions :

– réviser leurs enjeux, leurs priorités, leurs habitudes ;

– affirmer leur décision et la faire respecter ;

– se faire aider ou soutenir dans cette acquisition de nouveaux réflexes.

Ce travail aide les salariés à se situer dans la matrice RPBO®, puis à percevoir leur progression (sentiment de réappropriation de leur identité professionnelle).

L'ETHOS ET LA CENTRALITÉ DU TRAVAIL

– **Dans les épisodes de burn-out**, c'est l'ethos qui souffre (le temps de la faille) et l'éthique (la morale, l'évaluation) qui finit par trancher.

– **Dans les épisodes de post burn-out**, il semblerait que ce soit l'inverse qui se produise : c'est l'éthique qui souffre durant l'arrêt de travail (de ne plus rien avoir à évaluer, ni trancher, car les repères ont été momentanément perdus), et l'ethos qui rebranche le système pour repartir et offrir l'énergie d'un nouveau départ (reconstruction).

DES HAUTS ET DES BAS...

• Cinq ans après un burn-out, Céline savoure son ascension au-delà du « seuil de l'Ethos » professionnel, quand elle dit qu'elle se « réalise » dans son job actuel. Elle considère son travail comme une aire de jeu (espace échelle 8) dans laquelle elle peut s'exprimer, elle veut agir (temps échelle 11) et elle a la compétence et le pouvoir-agir (temps échelle 12) : « *Aujourd'hui, je me sens bien dans mon nouveau job, je m'amuse même ! C'est facile après ce que j'ai fait... J'ai profité d'une réorganisation* [espace échelle 5] *et pour me repositionner* [espace échelle 7 et 8] *et je me sens vraiment bien là où je suis...* [espace échelle 9]. *En regardant derrière, je suis fière de moi (...), j'ai retrouvé un équilibre* » [espace échelle 9].

• Annabelle et Clara disent connaître des hauts et des bas. Toutes les deux en profession libérale, elles ne peuvent

bénéficier de l'aire de repos trop longtemps (espace échelle 3), elles disent ne pas avoir d'endroit, ni de repaire (espace échelle 4) où elles pourraient prendre le temps du recul ou de la réflexion (espace échelle 5) sur leur avenir professionnel. Leur ascension dans la reconstruction est donc plus lente et plus incertaine.

• Claude, quant à lui, est déjà dans la période de projection (espace échelle 6) alors que son médecin le freine dans son envie de reprendre le travail et l'invite à garder le repos quelque temps (temps échelle 3 et 4) : « *J'ai plein de pistes intéressantes, des beaux projets* [temps échelle 6] *et j'ai des rendez-vous la semaine prochaine* [temps échelle 9]. *Ça fait rager mon médecin, parce que je suis encore en arrêt maladie* [espace échelle 2 et 3], *il ne veut pas... (il rit), mais bon moi il faut que j'avance, hein, moi j'ai besoin de ça...* [temps échelle 6 et 7] ». Claude a connu malheureusement un second burn-out quelque temps plus tard.

EN CONCLUSION

La mobilité professionnelle et la trajectoire d'un cadre se construisent paradoxalement *a posteriori* car la construction du sens se fait après coup et sur la base parfois du trauma. Les plans de carrière n'existent plus. Il est à déplorer que dans les écoles d'ingénieurs, de commerce et les universités, la communication *corporate* (institutionnelle) insiste sur cette planification, idée restrictive et dangereuse. D'une part, elle ne tient pas compte du contexte que la personne va rencontrer, ni des interactions que cela va provoquer ; d'autre part, elle laisse germer l'idée qu'il serait possible d'éviter de penser, de se penser soi-même dans son rapport au travail. Au contraire, il serait plus responsable d'expliquer qu'une carrière ou un parcours professionnel sont semés d'obstacles et que pour se construire, il est nécessaire de rencontrer ces embûches, ces fameux « trous dans le CV » redoutés par les cadres et traqués par les recruteurs. Il serait bon de découvrir derrière chaque zone aveugle ou point obscur, comment le cadre a réussi à exploiter ses ressources internes pour les combiner en ressources disponibles : c'est cette attitude qui fait de lui un professionnel.

L'équation du burn-out dans une carrière change ainsi la donne et reste une vraie

À lire. Se reconstruire après un burn-out.

Les chemins de la résilience

Consultante RH, conseil et formatrice, spécialisée dans le suivi de l'épuisement professionnel, l'auteur propose un guide pratique destiné à la personne ayant traversé un épisode de burn-out. Ce manuel décrit les étapes de reconstruction visant un retour à l'emploi. Il éclaire les leviers d'action et montre comment mener une nouvelle vie, faite d'équilibre et de dynamisme. Vrai guide de résilience, il s'adresse plus globalement aux soignants et aux accompagnants RH.

• S. Bataille, Dunod, Inter éditions, 2013

À découvrir également : le site www.rpbo.fr, animé par S. Bataille, présente actualités, témoignages, informations sur le cadre juridique...

problématique RH. La centralité du travail et le sens qui lui est accordé bougent irrémédiablement au point d'en déstabiliser certains ou d'ouvrir les chemins de la résilience à d'autres. Le socle de la reconstruction du salarié se situe fondamentalement en lui, mais il puise sa force dans son environnement social. La place qu'il cherche désormais à prendre correspond à une quête d'identité professionnelle renouvelée.

L'expérience et la pratique de la gestion de carrière durant plus de douze ans, le suivi des salariés en post burn-out depuis huit ans et les résultats de cette enquête montrent qu'en l'état actuel des choses, le salarié victime de burn-out n'a d'autre choix, au sens de la sauvegarde de sa santé mentale, que de renoncer à son poste, ou à son entreprise, pour espérer repartir sur de bonnes bases mais avec des cicatrices personnelles, visibles et ancrées dans son identité professionnelle.

Réintégrer un salarié dans son poste (même mission, même activité) n'est pas souhaitable si l'entreprise ne se remet pas en question et si le salarié ne demande pas à être accompagné. C'est même dangereux pour le cadre fragilisé (risque de rechute) et pour l'entreprise (risque pénal). L'alerte du burn-out est un signal fort pour les deux parties et il ne retentit qu'une seule fois.

Le rôle des médecins du travail gagne de l'importance et c'est sans doute grâce à leurs expertises et leurs opinions que les choses pourront évoluer.

Aujourd'hui, les risques majeurs émergents sont :

- de banaliser la souffrance au travail des salariés par la sur-médiatisation ;
- de mettre en place des plans d'actions qui ne font que déculpabiliser les entreprises ;
- de laisser l'entreprise se dédouaner et trouver la fausse bonne parade pour se

protéger juridiquement en matière de Risques psychosociaux (RPS) ;

- de bloquer la dynamique de reconstruction et de retarder le retour à l'emploi.

Le burn-out et l'épuisement au travail connaissent une évolution dramatique que l'injonction légale en matière de santé mentale au travail ne contiendra pas seule. La responsabilité du salarié, du médecin du travail et celle de l'entreprise sont systémiques au risque de voir une évolution pandémique des cas de burn-out.

La sécurisation des parcours professionnels n'a qu'un prix : celui du maintien dans l'emploi. La reconstruction n'a pas de valeur économique mais c'est la richesse et l'affaire de tous (médecins du travail, soignants, cadres, responsables de carrière, managers, directeurs). Alors peut-être pourra-t-on commencer à espérer réfléchir aux véritables bases de Qualité de Vie au Travail.

1– Bataille Sabine. « La reconstruction post burn-out est-elle possible ? », en partenariat avec Université Dauphine et l'Anact (Agence Nationale d'Amélioration des Conditions de Travail).

2– Post-traumatic stress disorder.

3– L'éthos est cette partie du salarié qui résonne en lui de façon favorable et plaisante lorsqu'il fait des actions qui ont du sens pour lui.

4– Bataille, Sabine. *Se reconstruire après un burn-out : les chemins de la résilience*. Dunod. InterÉditions, 2013

5– Le syndrome du survivant ou de Lazare désigne l'ensemble des comportements nouveaux d'une personne après un événement traumatisant où elles ont été persuadées de mourir, comme un accident grave, une catastrophe naturelle, une prise d'otages...

6– Bataille, Sabine. « La reconstruction professionnelle après un burn-out », in *Revue Référence Santé au Travail* n° 130, mars 2014. <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST>.

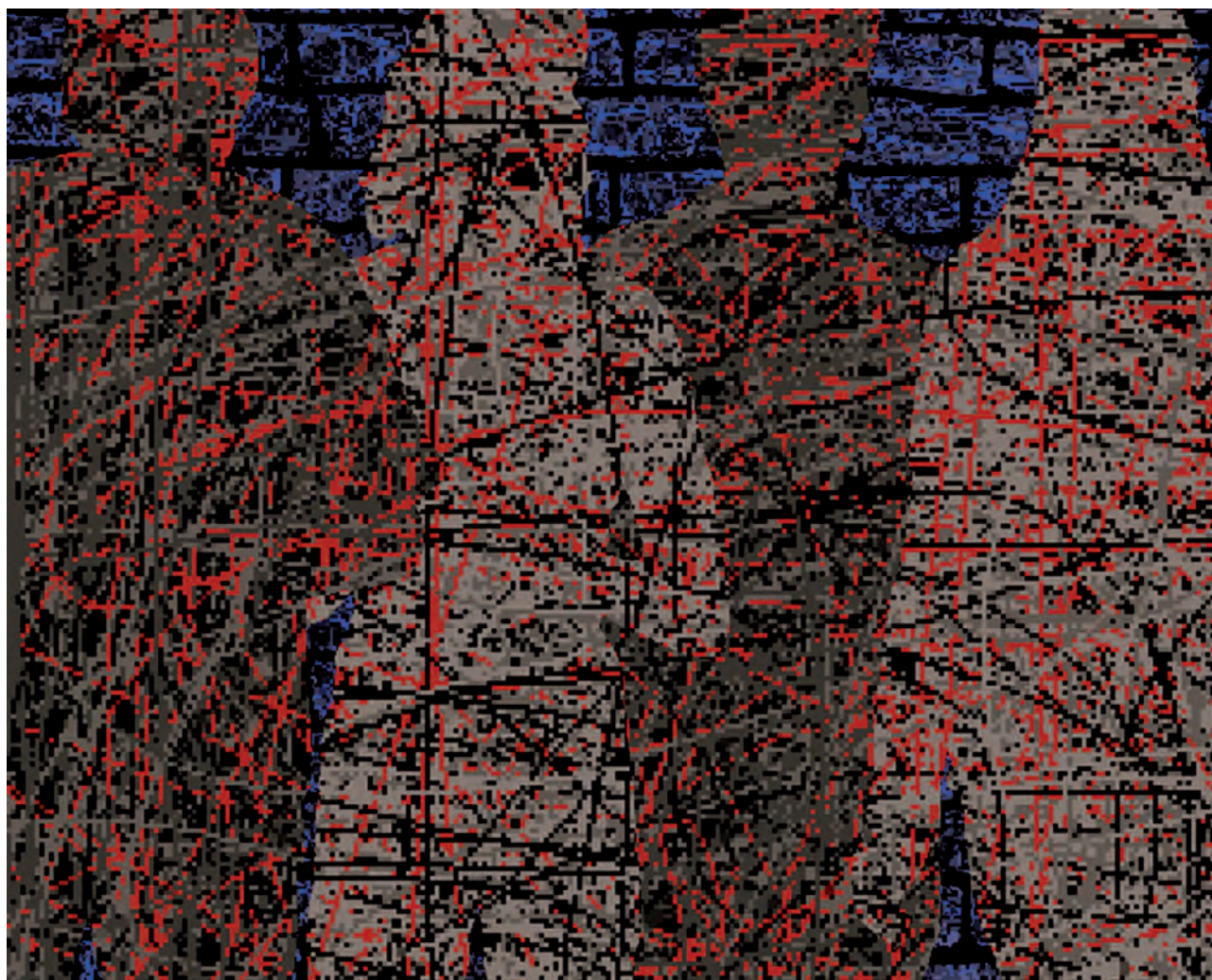
BIBLIOGRAPHIE

- Alter, Norbert. *Donner et prendre : la coopération dans l'entreprise*. La Découverte, 2010 [Poche]. 232 pages.
- Bataille, Sabine. *Reconstruction de l'identité professionnelle post burn-out : quel capital social en héritage pour les entreprises ?* in *Approche interdisciplinaire des risques psychosociaux au travail*. Editions Octarès 2014. Colloque International Comparisk, 2013.
- Bataille, Sabine. *Se reconstruire après un burn-out : les chemins de la résilience*. Dunod. InterÉditions, 2013
- Bataille, Sabine. « La reconstruction professionnelle après un burn-out », in *Revue Référence Santé au Travail* n° 130, mars 2014. <http://www.rst-sante-travail.fr/rst/pages-article/ArticleRST.html?ref=RST>.
- Bidart Claire, Bessin Marc, Grossetti (dir). *Bifurcations. Les sciences sociales face aux ruptures et à l'événement*. La Découverte, 2010 [Recherches].
- Clot, Yves. *Le travail à cœur : pour en finir avec les risques psychosociaux*. La découverte, 2010. 190 pages.
- Clot, Yves. « Théorie en clinique de l'activité », in *Interpréter l'agir : un défi théorique*, ss la dir. Bruno Maggi, PUF, 2011. [Travail Humain]. 352 pages.
- Dejours, Christophe. *Travail vivant, sexualité et travail*, Payot. 2009. Vol 1. 214 pages.
- Demazière Didier. *Analyser les entretiens biographiques*. 2305 rue Université, 2004.
- Dubar, Claude. *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles*. Armand Colin 2010.
- Lorient, Marc et al. « La résistance à la psychologisation des difficultés au travail ». *Le Seuil. Actes de la recherche en sciences sociales*. N° 165. 2006/5. p. 106-113.
- Mercure, Daniel. *Les temporalités sociales*. L'Harmattan, 1995 [Logiques sociales]. 176 pages
- Serval, Laurence. « Dire le temps, dire le changement », *Temporalité – Revue des Sciences Humaines et Sociale*. 10/2009
- Serval Laurence. *Exister dans l'entreprise. Laboratoire du changement social*. L'Harmattan 2008
- Tabboni, Simonetta. *Les temps sociaux*. Armand Colin, 2006 [Cursus]. 183 pages.
- Truchot, Didier. *Épuisement professionnel et burn-out*. Dunod 2004.

Résumé : Une enquête menée auprès de cadres victimes de burn-out a permis de recueillir des témoignages et de tracer le cheminement de la reconstruction. L'auteur présente les résultats de l'enquête et propose un outil à destination des soignants qui accompagnent des salariés en souffrance au travail (4). Le burn-out, qui laisse une trace indélébile dans le parcours de la personne, est une vraie problématique RH.

Mots-clés : Cadre – Enquête – Épuisement professionnel – Espace – Gestion du personnel – Reconstruction – Risques psychosociaux – Sociologie – Syndrome post-traumatique – Temps – Travail.

Chaque mois, le réseau documentaire en santé mentale, Ascodocpsy, propose des éléments de bibliographie en lien avec la thématique du dossier : « **Burn-out : comprendre et accompagner** ».



© Christian Falet © N° Face B n° 49 (détail), 2009.

Monographies

- **Allione C.** *L'usure des soignants. In : La part du rêve dans les institutions : régulation, supervision, analyse des pratiques.* Encre marine : 2005 ; p. 63-87.
- **Arcand M, Brissette L.** *Accompagner sans s'épuiser.* Rueil-Malmaison : ASH ; 2012.
- **Boissières-Dubourg F.** *Les soignants face au stress. Comment se prémunir contre l'épuisement professionnel.* Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2012.
- **Boudoukha AH.** *Burn-out et traumatismes psychologiques.* Paris : Dunod ; 2009.
- **Canoui P, Mauranges A, Florentin A.** *Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants. De l'analyse du burn-out aux réponses.* Issy-les-Moulineaux : Masson ; 2008.
- **Dejours C, Gernet I.** *Psychopathologie du travail.* Issy-Les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2012.
- **Dejours C.** *Travail, usure mentale.* Paris : Bayard, 2008
- **Delbrouck M.** *Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel.* Bruxelles, De Boeck ; 2008.

- **Delbrouck M, Vénara Pascale, Goulet François, et al.** *Comment traiter le burn-out ? - Principes de prise en charge du syndrome d'épuisement professionnel.* Bruxelles : De Boeck ; 2011.
- **Bernaud JL Dir, Lemoine C Dir.** *Traité de psychologie du travail et des organisations.* Paris : Dunod ; 2012.
- **Grasset Y, Debout M, Rouat S, Bachelard O.** *Risques psychosociaux au travail : vraies questions, bonnes réponses.* Rueil-malmaison : Liaisons sociales, 2011.
- **Gaulejac V de.** *Travail, les raisons de la colère.* Paris : Seuil ; 2011.
- **Maslach C, Leiter M.** *Burn-out : le syndrome d'épuisement professionnel.* Paris : Ed. Les Arènes ; 2011.
- **Manoukian A.** *La souffrance au travail. Les soignants face au burn-out.* Rueil-Malmaison : Lamarre ; 2009.
- **Molinier P.** *Les enjeux psychiques du travail, introduction à la psychodynamique du travail.* Paris : Payot ; 2006.
- **Peze M.** *Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés. Journal de la consultation « souffrance et travail » 1997-2008.* Paris : Pearson éducation ; 2008.

- **Poirot M.** *Les situations difficiles au travail : gestion des risques psychosociaux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2013.
- **Sauvegrain I, Massin C.** *L'enjeu : soigner sans s'épuiser*. Paris : Doin ; 2014.
- **Stoiber C, Bouillerc B.** *Le stress de l'aide-soignant. Spécificités et conséquences. Comment lutter contre le stress*. Paris : Masson ; 2000.
- **Truchot D.** *Épuisement professionnel et burn-out*. Paris : Dunod ; 2004.
- **Zawieja P, Guarnieri F.** *Épuisement professionnel. Approches innovantes et pluridisciplinaires*. Paris : Armand Colin ; 2013.

Articles de périodiques

- **Barbier D.** *Le syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. Press méd 2004 ; 33 (6) : 394-9.
- **Bardot A, Dauriac MC.** *Épuisement professionnel et prise en charge des équipes soignantes*. Soins gériatrie 2007 ; (67) : 23.
- **Blin CI, Steiler D, Poinot O, et al.** *Évaluer et prévenir les risques psychosociaux dans les ESMS [dossier]* Cahiers de l'actif 2010 ; (406-409) : 5-282.
- **Calmes G.** *Le syndrome d'épuisement professionnel*. Gest hosp 2013 ; (526) : 266-7.
- **Canoui P.** *La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques*. Rev int soins palliatifs 2003 ; (2) : 101-4.
- **Cintas C.** *Quand la violence au travail ne se trouve pas là où on l'attend*. Nouv rev psychosociol 2007 ; (4) : 213-31.
- **Clément S.** *Stress professionnel et santé mentale*. Neuro psy news 2008 ; 7(4) : 170-2.
- **Courtial JP, Huteau S.** *Le burn-out des infirmières en psychiatrie : de la recherche à l'hôpital*. Santé publique 2005 ; 17 (3) : 385-402.
- **Daloz L.** *Représentations des soignants négligeant-maltraitant : étude préliminaire sur 21 sujets épuisés en gériatrie*. Rev gériatr 2007 ; 32(9) : 653-62.
- **Daloz L, Bénony H.** *Le sujet en état d'épuisement professionnel*. Arch mal prof méd environ 2007 ; 68(2) : 126-35.
- **Delbrouck M, Nemet-Pier L.** *Je suis épuisé(e) par ma charge de travail. Que puis-je y faire ? Le burn-out ou la souffrance des soignants : Causes spécifiques du syndrome d'épuisement professionnel du soignant*. Imaginaire inconsc 2010 ; (25) : 157-65.
- **Dewell P, Corten P, Versili S, et al.** *Étude comparative entre le stress au travail et burn-out*. Acta psychiatr Belg 2013 ; 113(2) : 9-16.
- **Esnard C, Bordel S, Somat A.** *Les soignants face au burn-out : quelles attributions causales ?* Pratiques psychologiques 2013 ; 19(3) : 147-61.
- **Estryn Behar M, Duville N, Menini MI et al.** *Mots à maux. Expression de la souffrance chez les soignants en psychiatrie. Étude comparative en France et dans 3 autres pays européens*. Ann méd psychol 2006 ; 164 (9) : 732-48.
- **Fournier M, Henin H et al.** *Visibilité du travail et travail invisible en psychiatrie*. Psy cause 2009 ; (54) : 21-6.
- **Gaignard L.** *Les descriptions du désespoir au travail*. Evol psychiatr 2011 ; 76(2) : 177-86.
- **Ganem V, Gernet I, Dejourns C.** *Le travail : que signifie ce terme en clinique et psychopathologie du travail ?* Inf psychiatr 2008 ; 84(9) : 801-807.
- **Ganem V, Gernet I, Dejourns C, et al.** *Pathologies du travail [dossier]* Inf psychiatr 2008 ; 84(9) : 801-45.
- **Hazif-Thomas C, Roulleaux J, Thomas P.** *Quelles stratégies thérapeutiques adopter face au burn-out des soignants ?* NPG. neurol, psychiatr, gériatr 2009 ; (53-54) : 251-5.
- **Hazif-Thomas C, Thomas P.** *Burnout et soignants : un risque inépuisable ?* NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2011 ; 11 (65) : 181-187
- **Hirigoyen MF.** *La souffrance au travail et les pathologies émergentes*. Inf psychiatr 2008 ; 84(9) : 821-6.
- **Loubat JR.** *Usure professionnelle et mobilisation des personnels*. Gest hosp 2009 ; (484) : 156-62.
- **Marie Soula MC.** *Risques professionnels psychosociaux*. Rev prat 2014 ; 64(3) : 336-41.
- **Marro A.** *Prévenir les risques psychosociaux en EHPAD*. Rev hosp fr 2014 ; (556) : 72-5.
- **Michaut Oswald S.** *Enjeux et modalités de la souffrance au travail*. J psychol 2007 ; (248) : 51-3.
- **Oudry A.** *La place du psychologue dans la prévention des risques psychosociaux*. J psychol 2014 ; (314) : 24-5.
- **Peze M, Soula MC, Sandret N.** *Souffrance au travail : stress, épuisement, harcèlement ... [dossier]* Concours méd 2008 ; 130(4) : 201-18.
- **Popielski Jean François Dir., Mathieu Nicolas, Lepoutre Thomas, et al.** *Le plaisir au travail [dossier]* Soins cadres 2011 ; (78) : 15-35.
- **Raffaitin F, Raffaitin Bodin C.** *Travail et dépression*. Encéphale 2008 ; 34(4) : 434-9.
- **Rosbif T.** *L'épuisement professionnel des soignants*. Gest hosp 2007 ; (471) : 728-9.
- **Sarnin P, Bobillier Chaumon ME, et al.** *Intervenir sur les souffrances au travail : acteurs et enjeux dans la durée*. Bull psychol 2012 ; 65(519) : 251-61.
- **Sartre S, Alderson M.** *La perte de terrain de la place de l'humain dans le système de soins : cause de la souffrance des soignants ou conséquence partielle de celle-ci ?* Perspective soignante 2013 ; (47) : 89-103.
- **Stanislas JL.** *Risques psychosociaux : le rôle du cadre*. Objectif soins et management 2012 ; (210) : 20-9.

Thèses ou mémoires

- **Boissel R.** *Burnout : les facteurs de risque de l'épuisement professionnel, à partir d'une revue de la littérature depuis 1985*. Rennes 1 : DES Médecine du travail ; 2013.
- **Sassi N.** *Burn-out et agressivité au travail : une analyse longitudinale auprès de personnels soignants*. Toulouse : Thèse Sciences de gestion ; 2011.

Document internet

- **Askenazy P, Baudelot C, et al.** *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Paris : Ministère du travail ; 2011. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf

Document audiovisuel

- **Pèze M, Bruneau S, Roudil MA.** *Ils ne mourraient pas tous, mais tous étaient frappés*. Paris : ADR productions/Alter Ego films ; 2005. 76 min.

- RECHERCHE EFFECTUÉE PAR : **Carine Herbez** (CH Montfavet) et **Viviane Beltrame** (GH Paul Guiraud, Villejuif) avec la collaboration de **Sophie Karavokyros** (CH Valvert, Marseille), **Marie-Agnès Potton** (CH Sainte-Marie, Le Puy-en-Velay), **Danièle Alouani** (CH Henri Guérin).
- CONTACT ASCODOCPSY : **Nathalie Berriau**, coordonnatrice du groupement d'intérêt public (GIP) Ascodocpsy, CH Saint-Jean-de-Dieu, 290 route de Vienne, 69373 Lyon cedex 08. Tél. : 0437901307 ; fax : 0437901337 ; mobile : 0682441824. Courriel : nberriau@arhm-sjd.fr ; internet : www.ascodocpsy.org



Congrès Français de Psychiatrie

6^{ème}
édition

Nantes 2014

26 - 29 novembre

La Cité Nantes
Events Center

**Psychiatrie : changer
nos paradigmes**

www.congresfrancaispsychiatrie.org

Information & inscriptions

CARCO • 6, cité Paradis 75010 Paris, France
T + 33 (0)1 55 43 18 18 • F + 33 (0)1 55 43 18 19
info@congresfrancaispsychiatrie.org



aviesan
alliance nationale
pour les sciences de la vie et de la santé

OFFRES D'EMPLOI

BELGIQUE



La Clinique Psychiatrique Sanatia à Bruxelles recherche : un cinquième psychiatre pour renforcer son équipe médicale

- Temps de travail hebdomadaire de 20 heures • Psychiatrie Générale.
- Possibilité de faire de la recherche • Projet en lien avec la psychiatrie ambulatoire • Implication dans les projets de réforme de la psychiatrie.

Pour plus d'information, vous pouvez contacter le médecin chef, Docteur Ayache.

Adresser candidature au :
Docteur Ayache par mail: laurence_ayache@hotmail.com
et au secrétariat médical: doc1.sanatia@skynet.be

ÎLE-DE-FRANCE



L'INSTITUT LE VAL MANDÉ

Établissement médico-social public, situé à Saint-Mandé (94) Métro ligne 1

Recrute pour son SAMSAH et son Pôle de Consultation

1 CADRE DE SANTÉ

- Poste à pourvoir dès que possible
- Recrutement par voie statutaire ou contractuelle
- Poste avec astreintes et possibilité de logement

Candidature à adresser à : recrutement@ilvm.fr
ou au 7 rue Mongenot - 94165 Saint-Mandé Cedex

Contact : Mme LACROZE, DRH : 01 49 57 70 10
Mme LATOUCHE, chargée du recrutement : 01 49 57 70 11

FORMATION

Groupe d'Étude CARL ROGERS
Formations Professionnelles à la Relation d'Aide centrées sur la personne

9, avenue de la Motte-Picquet - 75007 Paris
Tél. : 01 47 05 84 82
Email : contact@groupe-etude-carl-rogers.com
Site : www.groupe-etude-carl-rogers.com

RHÔNE-ALPES



Acteur majeur de la formation, du conseil et de l'évaluation dans les domaines sanitaire, médico-social et socio-éducatif

recherche

son **RESPONSABLE D'INGÉNIERIE « PSYCHIATRIE »**
ayant une très bonne connaissance du secteur psychiatrique.

son **RESPONSABLE D'INGÉNIERIE « AUTONOMIE : PERSONNES ÂGÉES ET HANDICAP »**
ayant une très bonne connaissance du secteur médico-social.

- Ces deux postes sont en CDI, à plein-temps et basés à Villeurbanne.
- Un diplôme d'ingénierie de la formation ou de sciences de l'éducation serait un plus.

Veuillez adresser votre CV et une lettre de motivation à **Isabelle Pont-Fay**, responsable du pôle Ingénierie : i.pont-fay@infipp.com
www.infipp.com

COLLOQUE



Ceccof PRÉ-PROGRAMME

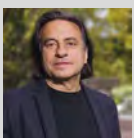
COLLOQUE ANNUEL

QUELLES VIES POSSIBLES APRES UNE

TRAHISON

PARIS - ESPACE REUILLY les 21 et 22 novembre 2014

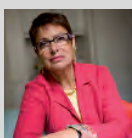
Avec le regard, l'expertise de psychanalystes, sociologues, thérapeutes, philosophes... Parmi eux



Philippe BRENOT



Bernard Prieur



Nicole PRIEUR



Catherine DUCCOMUN-NAGY



Hamid BOUCHIKHI



Carole DAMIANI

La manifestation bénéficie d'un accord UNIFAF pour une prise en charge dérogatoire au bénéfice des professionnels concernés, sous réserve des conditions habituelles requises pour les remboursements des actions de formation des adhérents.

Pour tout renseignement, contactez le CECCOF Formation

www.ceccof.com - colloques@ceccof.com

50 rue de Sévigné - 75003 PARIS - Tél. : 01 48 05 84 33 - Fax : 01 48 05 84 30



44^e Journées de l'École de la Cause freudienne

Ces journées d'études organisées par l'École de la Cause freudienne, association reconnue d'utilité publique, visent à aborder la théorie et la clinique de la maternité. Il s'agira de cerner l'infinie variété de la position de mère au XXI^e siècle et d'apporter aux professionnels des repères pour s'orienter dans les problématiques et nouvelles composantes de la maternité.

10 axes thématiques

Demandes et désirs d'enfant • Mère et fille, mère et fils • **La langue maternelle** • La mère et ses partenaires • **Passions de mère, passions de femme (amour, ravissement, ravage...)** • Les corps de la maternité • **Inquiétantes étrangetés : déni, dépersonnalisation, dépression...** • Sexualité et maternité : désordres, obstacles, surprises • **Un monde sans enfant ?** • Sublimation, fantasme, délire •

n Le samedi : témoignages et conversations cliniques sur « Être mère aujourd'hui » (cabinet ou institution).

n Le dimanche : de nombreux invités, artistes, intellectuels, politiques, médecins... viendront éclairer comment la modernité a modifié la maternité.

Toutes les infos : www.causefreudienne.net – www.etremerc.fr
journeesecf@gmail.com – Tél. : 01 45 49 02 68



CONGRÈS
MONDIAL

SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Défi des
MALADIES CHRONIQUES

un appel à **L'EXPERTISE
INFIRMIÈRE**

congres-sidiief.org

MONTREAL, CANADA

31 MAI AU 5 JUIN 2015

Palais des congrès
de Montréal



16 JANVIER 2015



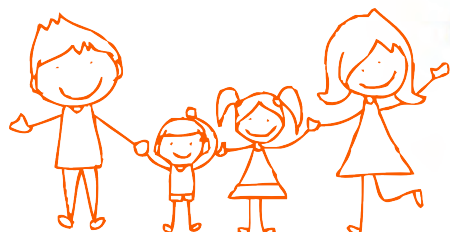
LENS | Théâtre Le Colisée
12 rue de Paris

« L'adolescent » de Pablo Picasso



2^{ème} JOURNÉE
SCIENTIFIQUE LENSOISE DE
PSYCHIATRIE FŒTALE
organisée par le comité scientifique lensois

EN HOMMAGE AU PROFESSEUR
MICHEL SOULE



Du fœtus à l'adolescence, de l'empreinte à la
symbolisation : Perspectives Théoriques et Cliniques.

INSCRIPTION ET RENSEIGNEMENTS :



Ressources & Développement
34 rue Nationale | 59190 HAZEBOUCK
Tél. : 03 28 40 81 19

Email : contact@ressources-et-developpement.com



www.journee-psyfoetale.com

TUTTI BENE !

REGARDE !
IRÈNE DE
L'ACCUEIL QUI
NOUS ÉCRIT.

ELLE
EST OÙ ?

EN WEEK-END À
VENISE. C'EST BIZARRE...
ELLE TE REMERCIE !

6 MOIS
DE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ
OFFERTS*

C'EST PEUT-ÊTRE PARCE
QU'ELLE A FAIT DES ÉCONOMIES
GRÂCE À LA MNH.

ATTENDS, TU VEUX
DIRE QUE SIMON...
À NEW YORK...

NON, LUI,
IL A GAGNÉ
AU LOTO !



L'ESPRIT HOSPITALIER EN PLUS