

## BURN-OUT ET MÉDECINE

Le syndrome d'épuisement professionnel

Michel Delbrouck

De Boeck Supérieur | *Cahiers de psychologie clinique*

2007/1 - no 28  
pages 121 à 132

ISSN 1370-074X

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2007-1-page-121.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Delbrouck Michel, « Burn-out et médecine » Le syndrome d'épuisement professionnel,  
*Cahiers de psychologie clinique*, 2007/1 no 28, p. 121-132. DOI : 10.3917/cpc.028.0121  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# SELON LES MALADIES



# *BURN-OUT* ET MÉDECINE <sup>1</sup>

## Le syndrome d'épuisement professionnel

Michel Delbrouck \*

« La médecine est une maladie qui frappe tous les médecins, de manière inégale. Certains en tirent des bénéfices durables.

D'autres décident d'un jour de rendre leur blouse, parce que c'est la seule possibilité de guérir – au prix de quelques cicatrices. Qu'on le veuille ou non, on est toujours médecin. Mais on n'est pas tenu de le faire payer aux autres, et on n'est pas, non plus, obligé d'en crever. »

*La maladie de Sachs*, P.O.L. 1998

Ce texte de Martin WINCKLER<sup>2</sup> nous situe d'emblée la problématique : « Le soignant prend-t-il soin de lui ? Est-il bon juge pour lui-même ? » Quand le médecin est malade, il sous-estime ses symptômes, maximise son traitement, ne s'autorise pas de temps de récupération, consulte dans le corridor, fait de l'auto diagnostic et de l'auto traitement, dénie et rationalise.

L'article vise à définir brièvement ce qu'est ce syndrome d'épuisement professionnel et à essayer de dégager quelles seraient les causes d'un *burn-out* spécifique du soignant. Le *burn-out* est un concept neuf qui ne se superpose pas à un diagnostic psychiatrique mais qui peut mener à la dépression. Dans

\* Médecin, psychothérapeute, formateur, Président de la Société Balint Belge, Rue de la Flanière 44, Charleroi, 6043, Belgique. [www.ifts.be](http://www.ifts.be)

1 M. DELBROUCK (éd), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck, 2003.

2 M. WINCKLER, *La maladie de Sachs*, Paris, P.O.L., 1998.

ce cadre, il est une maladie caractéristique de la relation d'aide qui englobe et dépasse le stress, dans laquelle la perte du sens du travail trouve une place majeure. Freudenberger, dans les années 1980, met en évidence ce syndrome qu'il appelle *burn-out* syndrome, comme d'une maison qui brûle et se consume de l'intérieur. Ce syndrome comprend un trépied de symptômes.

Plusieurs études nord-américaines et européennes dont des études françaises, allemandes, belges et anglaises nous démontrent que quarante huit à cinquante deux pour-cent des médecins se trouvent au premier stade d'épuisement émotionnel alors que seize pour-cent éprouvent de la déshumanisation dans la relation à leurs patients. Un nombre moins élevé ressent un sentiment d'échec professionnel. Les statistiques montrent, heureusement, que seuls deux pour-cent de la population médicale présentent le syndrome de *burn-out* au complet, avec les trois items.

### Étapes du développement d'un *burn-out*

Indépendamment des causes internes et externes du *burn-out* dont l'article ne fait pas l'objet, les étapes classiques d'un syndrome d'épuisement professionnel sont décrites ci-après. L'histoire du médecin candidat<sup>3</sup> au *burn-out* commence par l'enthousiasme idéaliste de sa profession. Il se sur-identifie au client et dépense parfois une énergie excessive et inefficace, à l'imaginer, le comprendre et le prendre en charge sous tous ses aspects en ce y compris les aspects psychosociaux, psychologiques, familiaux sinon amicaux débordant ainsi le cadre strict de ses interventions. Par la suite, recevant peu de retours ou moins de retours qu'il n'en espère au regard de son investissement, il s'épuise, stagne et apparaissent de l'ennui et de la distraction. Il devient peu à peu frustré par les réponses inadéquates, par l'importance des attentes parfois démesurées qu'il a lui-même en partie suscitées ou favorisées et une apathie s'installe. Ce soignant se pose des questions à propos de son efficacité et de la pertinence de son travail. Il remet en question son propre système de valeurs, commence à travailler un minimum, à éviter les conflits et les clients. Il essaye de se protéger lui-même contre tout et tout le monde.

3 Le lecteur trouvera dans l'ouvrage, grâce à une enquête dans quatre universités avec un recul de plus de dix ans, les critères de dépistage du *burn-out* chez les étudiants des dernières années de médecine.

Toute la panoplie des mécanismes de défense ou d'évitement s'installe : déni, désensibilisation, projection, refoulement, identification projective. Mais il 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. Poussé dans ses derniers retranchements, il finira par « craquer », décompenser, se déprimer ou présenter une ou des affections physiques qui l'obligeront malgré lui à s'arrêter contraint et forcé.

## Le trépied du *burn-out*

### L'épuisement émotionnel

Ce premier volet du trépied du syndrome d'épuisement professionnel se caractérise par diverses manifestations. Le soignant présente des crises d'**énervement** et de colère et certaines difficultés d'ordre cognitif comme de la distraction et des **difficultés à se concentrer**. Il oublie de répondre aux demandes même anodines de ses clients et se retrouve dans l'incapacité à vivre tout sentiment. Incapable d'exprimer la moindre faiblesse, ni même une émotion, des comportements de contrôle amènent froideur et distance avec le patient.

### La déshumanisation de la relation à l'autre

Cette déshumanisation de la relation médicale représente le noyau dur du syndrome. Le médecin se détache de son patient. Une **sécheresse relationnelle** et un **cynisme** lui font peu à peu considérer son malade comme un objet, un cas, un dossier. Un humour grinçant et noir apparaît au sein de la consultation. Le médecin décrit de manière scientifique le corps de la personne qu'il a en traitement et ne voit plus l'humain souffrant qu'il a en face de lui. Le plaisir de la rencontre, l'altruisme, si cher à son cœur au début de sa pratique, se mue de façon progressive en frustration et désincarnation de la relation.

### Le sentiment d'échec professionnel

Le sentiment d'échec professionnel apparaît plus tardivement. Cette impression de ne plus être efficace et de ne plus faire du

bon travail frustre le médecin par rapport au sens qu'il donnait à son métier. Il commence à douter de lui et de ses capacités. Le médecin se **dévalorise** à ses yeux et à ceux de son entourage, se **culpabilise** et se **démotive** pour son travail. A ce stade, le risque de développer conjointement une dépression est majeur. Le danger d'une **grave somatisation inconsciente** peut se profiler à l'horizon.

Pour l'Association médicale Canadienne<sup>4</sup>, les six principales causes de mal être du médecin sont son volume de travail, son manque de sommeil, ses sollicitations pour l'enseignement et la recherche, son risque de poursuite en justice, l'augmentation des attentes du public et la confrontation à son impuissance et à la mort. Il est clair pour ma part que c'est en prenant conscience du principe d'incertitude et du fait que nous ne pourrons pas guérir tous nos patients que nous nous protégerons au mieux du *burn-out*. Nous avons à accepter notre imperfection.

## Facteurs responsables du *burn-out* spécifique du soignant

Quatre failles possibles me semblent pouvoir expliquer les causes d'un *burn-out* spécifique du soignant. Quatre failles spécifiques possibles du soignant où son cristal<sup>5</sup> peut se briser.

4 The Canadian Medical Association's policy on physician health and well-being.

5 Cristal : selon FREUD, le noyau de chaque individu représenté par un cristal, est susceptible de se briser selon certains axes ou failles propres à chacun.

6 Psy. : ce terme reprend ici comprend tous les soignants qui s'occupent de l'aspect psychologique du patient et de la relation soignant-soigné.

### L'impact et la répétition des traumatismes rencontrés en clientèle

Tous les soignants et plus particulièrement les médecins généralistes, les psychiatres et les psychothérapeutes<sup>6</sup> sont amenés à être confrontés aux aspects cachés et sombres de l'âme humaine. Au fil des jours, ils accompagnent parfois des personnalités à peine structurées, sinon du tout. Les besoins et les demandes de ces patients sont fortes, parfois exigeantes. Tous les soignants sont en contact avec ces mêmes phénomènes, mais avec des nuances et des intensités diverses.

Ce métier spécifique de soignant demande une grande disponibilité de cœur, de la tolérance, de l'acceptation presque inconditionnelle de l'autre comme l'enfant en très bas âge, pourrait le demander à sa mère. La diversité des demandes de même

que la diversité du type de demande sont particulièrement exigeantes pour les soignants. En plus des demandes cachées, inconscientes de l'*infans*<sup>7</sup> du patient en face de nous, il y a des demandes claires dès le départ qui se transforment au fil du temps de la relation thérapeutique. Beaucoup de ces demandes se font à travers le fil du transfert<sup>8</sup>.

### La spécificité du métier de soignant

Ce professionnel reste doublement impliqué : d'une part par le vécu de l'Autre souffrant et d'autre part, par identification projective<sup>9</sup>, il est impliqué dans son propre vécu d'être humain. (Et si j'avais la même maladie ? Et si je mourais ? Et si cela arrivait à mon enfant, à mes parents, à mon conjoint... ?).

Une autre spécificité du soignant réside dans le fait de la diversité des problématiques amenées par les patients. Chacun de nous est amené à régler un certain nombre de problématiques personnelles dues à sa propre ontogenèse<sup>10</sup> et à sa propre phylogenèse<sup>11</sup>. Nous tentons de trouver un équilibre psychique et physique en relation avec ces problématiques. Le soignant, souvent malgré lui, est projeté face à une multitude de questions métaphysiques, éthiques, morales, psychologiques, émotionnelles, qu'il n'aurait pas rencontré s'il avait choisi une autre profession.

De plus, la question de la mort, de la maladie, de la souffrance, de l'injustice, de l'inégalité, des pulsions interdites, tabouïques refoulées (inceste, viol, suicides, meurtres, perversions, sexualité, interruption de grossesse, malformations génétiques, manipulations génétiques, euthanasie passive ou active, pulsions de meurtre, toxicomanies...) deviennent répétitives et prégnantes au fil des jours et des consultations. La répétition de ces impacts et la multitude de ces microtraumatismes émotionnels consomment ce soignant au plus profond de lui-même, surtout s'il n'a pas d'espace de parole où se dire à d'autres collègues.

### La question du choix de la profession de soignant

La question même du choix de la profession représente un autre facteur de fragilité ou de faille possible. Le candidat soignant a été souvent confronté assez jeune avec la question de la maladie et des soins à y apporter : soit qu'il y a été lui-même, par

7 *Infans* : terme du Dr Michael BALINT, qui désigne la part enfant chez l'adulte qui n'a pas de mots pour s'exprimer.

8 Transfert : ensemble des réactions inconscientes que développe la patient à l'égard de son soignant.

9 Identification projective : mécanisme de défense consistant à identifier inconsciemment un affect ou un comportement et de le projeter toujours inconsciemment chez l'autre en le « manipulant » de telle sorte qu'il adopte celui-ci et vérifie ainsi sa thèse de départ.

10 Ontogenèse : ce qui dépend de notre histoire personnelle.

11 Phylogenèse : ce qui appartient à notre histoire familiale et collective.



le passé, confronté dans sa propre chair ou dans celle d'un membre de son entourage ou de son voisinage ; soit qu'il a voulu résoudre de par lui-même ses propres questionnements psychiques ou physiques par rapport à la santé. Sa personnalité et ses choix professionnels sont donc à la fois une faille possible qui le rendent particulièrement sensible à ces questions chez les autres et à la fois une force car il est très sensibilisé beaucoup plus que son voisin à ces mêmes questions notamment par le souci du mode de réponse y apportées.

La plupart des soignants présentent une personnalité riche et généreuse, se dévouant corps et âme à la survie de leurs patients. Ils pêchent la majorité du temps par excès<sup>12</sup>, sont de mauvais gestionnaires du temps et de l'argent. Ils s'oublient au profit de leur patient et souvent à leur propre détriment et à ceux de leur famille et amis. Tenter de résoudre, de réparer ce qui l'a fait souffrir dans sa propre chair, son propre esprit ou celle ou celui d'êtres qu'il a côtoyé et aimé peut l'occuper une vie entière. Pourquoi pas, pour autant que lui soignant ne tombe dans une telle compulsion de répétition à vouloir sauver le monde et à s'y perdre dans un effroyable épuisement professionnel.

L'éthique ne nous permet pas d'omettre de parler des motivations perverses qui pourraient avoir amené certains individus à choisir ces professions. Nous trouvons hélas, dans les médias, des traces de ce genre de pathologie (narcissisme exacerbé, besoin de toute puissance, appât du gain, passages à l'acte sexuels, refoulement de pulsions sadiques, meurtres de patients en série, expérimentations douteuses, médecins de camp de concentrations, etc.)

### **L'isolement physique et psychoaffectif du soignant**

Cependant, même si d'autres professionnels subissent de pareils traumatismes, le soignant de par sa position dans la société et la spécificité du dialogue singulier avec son patient est placé dans une situation particulière, à la fois privilégiée et en même temps dans une contrainte liée au secret médical. Il est sensé ne partager avec personne les confidences qu'est venu lui déposer son patient. C'est particulièrement aigu pour les soignants qui travaillent en solo, sans possibilité de secret partagé ou pour les psychothérapeutes et les psychanalystes. Dans certains cas,

12 Ce que Michael BALINT va appeler la « fonction apostolique » du soignant.

la lourdeur des secrets à porter au fil des jours et leurs impacts affectifs chez le soignant l'usent à petit feu même si des lieux de supervision privilégiés existent. Dans mon expérience personnelle, ces lieux de supervision pour les médecins organiciens existent en trop petit nombre et ils sont trop peu fréquentés. Il n'en est heureusement pas de même pour les psychothérapeutes et les psychanalystes.

Tant chez les médecins Égyptiens que chez les Aztèques, le médecin est prêtre, même sorcier, marabout chez les Africains. Le médecin touche à l'indicible (à la mort, aux questions de vie dans l'au-delà, ...), il voit et touche physiquement des zones socialement interdites hors contexte d'intimité (le corps dévoilé, le corps sexué, les organes génitaux, les organes vitaux et ceux qui donnent la vie). Le patient projette consciemment et le plus souvent inconsciemment sur lui, des sentiments de toute puissance, de pouvoir sur la vie et la mort, ce qui isole encore plus le soignant dans une position « irréelle ». L'humilité reste le seul remède à ce phénomène. Le fait même d'avoir été contenant des souffrances de l'Autre le place à une distance <sup>13</sup> telle qu'il lui devient impossible de maintenir avec ses patients des relations autres que professionnelles. La question de la juste distance et des aspects contre-transférentiels au sein de toute relation thérapeutique ou non se pose d'emblée. Ces aspects se doivent d'être explorés <sup>14</sup>, analysés et recadrés. Cette solitude intérieure, ce poids des responsabilités difficile à partager et cette indispensable distance thérapeutique rétrécissent et limitent le réseau relationnel du soignant. L'isolement physique et psychoaffectif du soignant reste un facteur de stress et bien des efforts sont actuellement mis en place pour y remédier (groupes de formation continue ou d'évaluation de la pratique médicale, groupes de supervision de cas cliniques, groupes Balint).

Le Dr J.P. LEBRUN <sup>15</sup> nous dit bien que le médecin « vit comme un élément d'impuissance, ce qui n'est en fait qu'une impossibilité ».

## Quelles pistes pour aider le soignant ?

Un préalable indispensable serait de rendre au médecin et à sa tâche un caractère humain. Noël SALATHE <sup>16</sup> dans son approche existentialiste nous replace devant une série de contraintes

13 La fameuse distance thérapeutique qui lui permet d'avoir suffisamment de recul pour traiter avec toute sa conscience, sa compétence et son intelligence claire, son patient, sans se confondre dans une empathie ou plutôt une sympathie qui le rendrait inefficace.

14 Ces aspects sont abordés au sein des groupes Balint. ([www.balint.be](http://www.balint.be))

15 J.-P. LEBRUN, *De la maladie médicale*, Bruxelles, 1993, De Boeck, cité au chapitre 11 du livre de DELBROUCK M.(éd), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck, 2003.

16 N.K. SALATHE, *Psychothérapie Existentielle, une perspective gestaltiste*, Paris, Amers, 1992.

existentielles nous rappelant ainsi LACAN qui nous apprendait à ne pas leurrer le patient en lui faisant croire que la cure allait tout guérir. En fait la psychothérapie nous permet de nous libérer de nos angoisses névrotiques mais pas de nos angoisses existentielles. La finitude, la quête de sens face à l'absurde, la solitude, la limitation et l'imperfection, la responsabilisation représentent des contraintes existentielles que nous avons à assumer malgré nous, au fil des jours, tant pour le patient que pour le médecin.

Pour la prise en charge, le lecteur trouvera dans l'ouvrage complet les détails et les pistes de changement possibles de ce syndrome. Nous pouvons déjà affirmer que soigner le *burn-out* implique des changements personnels intérieurs dont la nécessité pour le médecin à aborder des dimensions introspective, psychologique, philosophique, mythique, communautaire, politique et éthique. Cette démarche ira de pair bien entendu avec des changements dans sa pratique quotidienne en organisant mieux son quotidien professionnel et familial et en l'ajustant à une vie intérieure.

**Au niveau des facteurs internes**, soigner le *burn-out* impliquerait d'agir sur l'individu (approche psychiatrique, psychanalytique, faille, trauma, ...), d'agir sur les systèmes (approche systémique, sociologique, environnementale, facteurs de stress, ...) et d'agir sur l'idéal professionnel (approche non culpabilisante, sur le type de personnalité, *hardiness personality*...). **Au niveau des facteurs externes**, une réflexion et des mesures institutionnelles, ministérielles, ordinales et syndicales sont à mettre en place de toute urgence si l'on veut arrêter une démotivation du corps médical.

Selon P. Janne, C. Reynaert<sup>17</sup>, Y. Libert, *et al.*, agir sur l'idéal professionnel du soignant revient à travailler une espèce d'idéalisme. Quand le soignant attend trop de sa profession et notamment qu'elle lui rapporte en miroir une belle image de lui-même, un accomplissement personnel de la reconnaissance ou de l'amour, il devient un individu à haut risque. Le « burn-in » est le lit du « burn-out ».

Même si les médecins craignent les groupes de paroles parce que la parole risque de réveiller leur souffrance cachée et ignorée d'eux-mêmes, cette parole reste l'unique moyen de laisser sa place à cette discordance entre l'impossibilité et l'impuis-

17 REYNAERT C., JANE P, LIBERT Y. dont l'article se trouve dans l'ouvrage de DELBROUCK M. (éd) cité plus haut.

sance. Pour le soignant, dépasser le grand fantasme occidental de croire possible de dépasser la mort ou de la changer et accepter la finitude pourraient être des facteurs anti-*burn-out* qui le libéreraient de cette contrainte morale sociétale de toute puissance de guérir ce qui est inguérissable.

## Conclusions

L'article est une brève esquisse de ce qui est développé plus abondamment dans l'ouvrage cité. Avec le recul, l'expérience de suivis de soignants en *burn-out* met en évidence l'absolue nécessité, et le bonheur a posteriori de l'avoir fait, de s'arrêter, de réfléchir sur le sens et la fonction de cet état d'épuisement. La plupart des soignants possèdent une immense richesse et une grande générosité fondée sur de l'altruisme. Une analyse progressive et approfondie des facteurs internes, souvent inconscients et des facteurs externes qui ont amené le soignant à cet état d'épuisement, la découverte des attentes et des besoins conscients et inconscients au sein de la relation thérapeutique permettront une mise à distance et une meilleure gestion de la situation professionnelle et privée. Une confusion et parfois une discordance fondamentale entre les objectifs propres du soignant et ceux des patients rendent inadéquat ou conflictuel un équilibre entre leurs besoins légitimes.

- M. BALINT, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot, 1968.
- M. BALINT, *Le défaut fondamental. Aspects thérapeutiques de la régression*, (Londres, 1968), Paris, Payot, 1971.
- P. CANOUI P. et A. MAURANGE (1998), *Le syndrome d'épuisement professionnel. De l'analyse du burn-out aux réponses*, Paris, Masson, 1998, 2001.
- M. DELBROUCK (éd), *Le burn-out du soignant, le syndrome d'épuisement professionnel*, De Boeck, 2003.
- M. DELBROUCK, *Le Burn-out et la souffrance des soignants*, Ethica Clinica, sept. 2004.
- M. DELBROUCK, « Oubli de soi, oubli de l'autre, les limites du désir », *Revue de la Société Balint Belge*, n° 98, 2005.
- M. DELBROUCK, « Argent et Médecine », *Revue Santé Conjugée*, fév. 2004
- M. DELBROUCK, « Le médecin de famille à l'hôpital », *La Revue Française de psychiatrie et de Psychologie Médicale*, n° 5, février 1997.

## Bibliographie

- M. DELBROUCK, « L'agressivité en consultation », *Revue de la Société Balint Belge*, n°40, février 1994.
- J.P. LEBRUN, *De la maladie médicale*, Bruxelles, De Boeck, 1993.
- N.K. SALATHE, *Psychothérapie Existentielle, une perspective gestaltiste*, Paris, 1992, Amers.
- M. WINCKLER, *La maladie de Sachs*, Paris, P.O.L., 1998.

---

**Résumé** L'auteur définit le *burn-out* syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel et notamment ses trois caractéristiques principales par ordre d'apparition et de gravité à savoir : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre, et le sentiment d'échec professionnel. Après avoir abordé les étapes et les facteurs responsables de l'apparition du syndrome, il évoque quelques pistes de réflexion pour sortir de cet état.

**Mots clés** *Burn-out*, syndrome d'épuisement professionnel, fatigue de compassion, idéal professionnel, médecine, facteurs de stress.

---

**Summary** The author defines the burn out syndrome and especially its three main characteristics in appearance and graveness order: emotional exhaustion, dehumanization of the relationship and the feeling of professional failure. After approaching the steps and responsible factors of the appearance of these symptoms, he evokes a few tracks of reflection requiring consideration to get out of this state.

**Keywords** Burn-out syndrome, professional exhaustion, compassion fatigue, professional ideal, medicine, stress factors.

---