

Le burn-out chez les soignants et dans les équipes

E. VERMEIREN

L'article est complémentaire aux articles de Sylvie Molenda et Patrick Meesters présentés ci-avant et ne reprend donc ni les concepts de burn-out, ni les orientations préventives et curatives individuelles.

L'article se focalise sur les interventions relatives au burn-out des soignants en activité dans des services d'urgence (et des soignants en général) et pas sur les thérapies au long-cours.

La prévention primaire et secondaire du burn-out sont, par conséquent, au centre de l'article.

Les obligations légales de l'employeur (en France) sont évoquées en début d'article.

1. Introduction

L'épidémiologie, les facteurs de risques, les formes cliniques du syndrome de burn-out et les traitements individuels sont exposés dans l'article de Sylvie Molenda et celui de Patrick Meesters, tous 2 publiés dans ce même numéro. Nous renvoyons le lecteur vers ces 2 articles, pour une lecture complète du sujet.

Nous souhaitons nous focaliser sur les soignants travaillant en services d'urgence (et, par extension, dans d'autres services hospitaliers), privilégiant ainsi la piste de la prévention primaire (permettant de lutter contre les causes de burn-out) et de

Correspondance : Vermeiren Etienne, Psychologue. Unité de Crise et d'Urgences Psychiatriques. Cliniques Universitaires Saint-Luc. Avenue Hippocrate, 10. B-1120 Bruxelles. Tél. : 0032 2 764 21 21. Fax : 0032 2 764 16 07. E-mail : Etienne.vermeiren@uclouvain.be

la prévention secondaire (permettant de minimiser le risque de développement du syndrome auprès d'une population exposée) du burn-out.

L'enjeu est d'autant plus important auprès des soignants urgentistes, qu'ils cumulent de nombreux facteurs de risques (charge de travail, manque de sommeil lié aux horaires irréguliers, sentiment d'impuissance dans certaines situations, aspects émotionnels lié au métier...) et que le burn-out constitue un des facteurs explicatif du turn-over des intervenants en services d'urgence. Rappelons que le spectre du burn-out rôde autour du travailleur qui est confronté de façon régulière et répétitive à des stressseurs, lors de la réalisation de son travail et ce, au long-cours.

En effet, les 3 dimensions qui constituent le syndrome de burn-out semblent, par définition, rencontrer la réalité du soignant travaillant dans l'aigu, tant en intra qu'en extrahospitalier (SMUR). D'abord, la question de l'épuisement émotionnel, qui constitue un risque majeur ; ensuite le risque de déshumanisation comme mécanisme de défense dans la rencontre au quotidien avec la maladie, la souffrance et la mort ; enfin la diminution de l'épanouissement en lien avec la charge (y compris la charge mentale) et les horaires de travail.

Cette problématique rencontre ainsi nos préoccupations en manière de santé et de bien-être au travail, en tant qu'elle expose le soignant à un risque majeur.

Mais elle rencontre aussi celles de l'employeur, soumis à des obligations en matière de santé de ses travailleurs.

2. Les obligations légales de l'employeur en France

Se préoccuper de la santé mentale au travail, dans une perspective de prévention, voire de traitement du burn-out fait aujourd'hui légalement partie des obligations de l'employeur.

Au-delà d'une préoccupation éthique du management par rapport au bien-être du travailleur, dans son intérêt individuel, celui du collectif de travail, mais aussi du patient, le législateur s'est prononcé sur les obligations légales à prendre en considérations.

En France, l'article L. 230 du Code du Travail impose donc à l'employeur d'évaluer les risques, y compris les risques psychosociaux (RPS), afin de préserver la santé et la santé mentale des travailleurs. Les RPS recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à la santé mentale des salariés et parfois, à leur intégrité physique. Le burn-out est donc à considérer dans cette perspective.

L'employeur est non seulement tenu d'évaluer le risque (document unique), mais aussi de proposer un plan de prévention.

Pour ce faire, l'employeur peut s'appuyer sur les ressources dont il dispose en interne (management, RH, service interne de santé au travail), mais aussi en

externe (service externe de santé au travail, cabinets extérieurs, Intervenants pour la Prévention des Risques Psychosociaux (IPRP) au niveau médical et/ou organisationnels). Ces IPRP sont définis par le décret 2003-546 du 24 juin 2003.

Dans une perspective de prévention primaire du burn-out, la question de l'organisation du travail est donc également à considérer.

3. Prévention primaire et secondaire du burn-out

Le paradoxe est sans doute de considérer des interventions ponctuelles auprès des soignants en services d'urgence lors d'événements jugés comme extrêmes dans leur degré d'horreur et de confrontation à la mort, alors que le syndrome de burn-out est un trouble d'installation progressive et graduelle, renvoyant davantage à une pathologie chronique du stress qu'à un trouble psychotraumatique.

Il convient donc de distinguer les interventions de prévention secondaire auprès de soignants en souffrance, dans le cadre d'événements potentiellement traumatisants et la prévention secondaire du syndrome de burn-out chez des personnes exposées au quotidien à des stressseurs de plus ou moins grandes intensités.

Dans le cadre d'événements aigus, que le soignant est susceptible d'avoir vécu sur un mode traumatique (interventions après suicides ou homicides, corps mutilés, échecs de réanimation...), il est de plus en plus fréquent que l'on organise, pour l'équipe d'intervention, des soins psychiques, immédiats et postimmédiats, qui se rapprochent des principes d'interventions auprès des personnes victimes, avec un debriefing technique en plus.

Ces soins immédiats, au sortir de l'événement, mais aussi les soins post-immédiats, regroupés aujourd'hui sous le vocable IPPi (Interventions Psychothérapeutiques Postimmédiates), ne doivent plus prouver leur importance et sont bien-sûr à promouvoir auprès des équipes soignantes.

Toutefois, elles concernent des événements ponctuels, exceptionnels, même pour des intervenants de première ligne, du moins en regard de la somme des interventions stressantes réalisées ou subies.

Dans une logique de prévention secondaire du syndrome de burn-out, il convient donc de ne pas se limiter à ces seules interventions, mais de considérer tout ce qu'il convient d'appeler les risques psychosociaux (RPS) qui concernent les urgentistes.

Le concept de RPS englobe généralement le stress, dans son acception généraliste, les violences internes (agressions verbales et physiques de la part d'autres travailleurs, harcèlement moral et sexuel) et les violences externes (agressions verbales et physiques de la part des « usagers »).

Selon Schoonbrood (2003), il convient considérer les éléments suivants :

- évaluer le burn-out des soignants (échelles, sensibilisations, formations...);
- répertorier les difficultés institutionnelles ;
- reconnaître les difficultés des soignants ;
- clarifier la politique de soins, expliciter les zones d'ombres ;
- garantir la sécurité du personnel ;
- valoriser le personnel ;
- prévoir des lieux d'échanges.

La prise en compte de la détresse des soignants, avant qu'elle ne rencontre la gravité du syndrome de burn-out passe par la prévention et donc une qualité suffisante des liens entre les personnes dans les équipes de soins, y compris avec la hiérarchie.

L'expérience montre qu'un management de proximité, incluant une véritable préoccupation pour le bien-être au travail, est le garant d'un dépistage précoce de la souffrance.

Au-delà d'une prévention primaire qui s'attacherait aux causes de stress, en termes organisationnels par exemple (alternance des secteurs de travail au sein des urgences, implications professionnelles hors du service des urgences, respect des horaires, qualité de la supervision...), les collègues et la hiérarchie vont ainsi jouer un rôle fondamental dans le soutien social, mais aussi le repérage de la souffrance, notamment *via* les changements des comportements. Seule une équipe où le climat est suffisamment humain et solidaire peut remplir cette fonction.

Peut-être paradoxalement, ce n'est aussi qu'à cette condition que l'intervention d'une cellule d'accompagnement psychologique pourra être effective. En effet, c'est dans l'assurance d'une véritable préoccupation de la hiérarchie et des collègues, dans la continuité du soutien social naturel que pourra, éventuellement, s'envisager une intervention spécialisée.

L'intervenant « extérieur » (médecin du travail, psy...) ne pourra donc se passer du réseau habituel dans lequel le sujet en souffrance est inclus. C'est à partir d'eux qu'une intervention plus spécialisée pourra se construire, le cas échéant.

Comme nous le soutenions dans un article précédent (Vermeiren, 2005), le soutien social (social support) consiste en l'ensemble des ressources offertes par des personnes extérieures, amis et contacts sociaux, à des personnes en souffrance psychologique et/ou somatique (Cohen et Syme, 1985 ; Gottlieb, 1981). S'ajoute à cela, les professionnels qui interviennent auprès de ces personnes. L'idée générale qui sous-tend ce concept est que « la présence d'un rapport de confiance avec l'entourage immédiat est déterminante pour aller chercher le courage de lutter », lorsqu'une personne est confrontée, au cours de son existence, à un ou plusieurs événements stressants ou potentiellement traumatisants (Toussignant, 1998).

Conscient de la souffrance potentielle, des risques de syndromes de burnout, de troubles psychotraumatiques ou d'autres complications liées au stress, nous avons proposé la création d'une cellule de soutien et d'accompagnement psychologique des salariés et des équipes soignantes confrontés à des situations difficiles, aiguës ou chroniques rencontrées dans le cadre du travail. Cette cellule a été mise en place, dans notre hôpital, il y a plus de 10 ans et apporte largement satisfaction. Elle est aujourd'hui ouverte à l'ensemble du personnel de l'hôpital, mais s'est construite à partir du service des urgences.

Nous citons ici les éléments principaux :

- confidentialité absolue si le salarié le souhaite ;
- possibilité de recevoir les individus au sein de l'institution ou dans un bâtiment plus « discret » qui la jouxte ;
- interventions collectives à la demande des responsables de services, dans une perspective préventive (ex. : supervisions d'équipes) ;
- interventions collectives à la demande des responsables de services, après événements aigus (debriefing psychologique, groupes de parole...) ;
- interventions individuelles à la demande de n'importe quel salarié ;
- analyses liées à des souffrances récurrentes identifiées dans certains services ;
- synergie avec les collègues et la hiérarchie directe.

Aujourd'hui, les intervenants de la cellule sont clairement identifiés par l'ensemble des travailleurs, qui sont informés de son existence et des procédures, au cours de sessions d'informations organisées pour accueillir les nouveaux venus. Le personnel, déjà en place, a reçu une information écrite individuelle doublée d'une information spécifique aux responsables d'unités, priés de répercuter l'information au sein de leurs équipes (Vermeiren, 2006).

Sur une population de 5 000 salariés, la cellule rencontre environ 300 personnes par an, tous services confondus.

Parmi les interventions possibles, dans une logique de prévention du burnout, les auteurs insistent sur l'importance des supervisions d'équipe (voir notamment Grosch et Olsen, 1998 ; Canoui et Maurages, 1998). Il s'agit alors d'obtenir un éclairage particulier à propos d'une situation rencontrée, ou d'affiner une méthode de travail, dans le cadre des supervisions cliniques ; et d'aborder des problèmes de relations interpersonnelles, dans le cadre de supervision d'équipes (Meynckens, 1997, citée par Vermeiren, 2002), de même que les aspects émotionnels. Ces supervisions s'inscrivent donc sur la durée et ne sont pas seulement proposées en situation de crise dans l'équipe.

Rappelons aussi l'insistance sur l'évaluation du burn-out, par le biais de la médecine du travail, l'implication de la direction dans la reconnaissance du problème et l'organisation de formations à la gestion du stress pour les soignants.

Enfin, au-delà de la question de la prévention primaire et secondaire, il convient bien-sûr de ne pas oublier les soins au long-cours qui concernent les personnes

dont le burn-out est clairement décompensé et invalidant et prend la forme de psychopathologies diverses et/ou d'affections somatiques. Les soins seront alors ceux prescrits dans le cadre de ces tableaux cliniques particuliers, les plus courants touchant la sphère anxio-dépressive.

4. Conclusions

Le burn-out des soignants constitue une réalité préoccupante qu'il n'est plus besoin de démontrer.

Une approche préventive est largement plus bénéfique qu'une approche seulement thérapeutique et ce, tant d'un point de vue primaire (reconnaissance du problème par la direction, travail sur l'organisation et les causes de stress, management de proximité...) que secondaire (évaluations, dépistage du burnout, programmes de gestion du stress, supervisions...).

L'ensemble des acteurs hospitaliers doit être impliqué dans la démarche, le soutien social par les pairs et la hiérarchie directe constituant sans doute la meilleure porte d'entrée vers les interventions plus spécialisées, le cas échéant.

Bibliographie

1. Canoui P, Maurage A. « Le syndrome d'épuisement professionnel des soignants », Masson, Paris ; 1998
2. Cohen S, Syme SL. Issues in the study and application of social support. In : Cohen S, Syme SL. Social support and health, Academic Press, New-York ; 1985.
3. Gottlieb BH. "Social Networks and Social Support in Community Mental Health". Sage Publications, Beverly Hills, CA ; 1981.
4. Grosch WN, Olsen DC. « Souffrir à force d'aider : le "burnout" dans la relation d'aide : une perspective nouvelle », SATAS, Bruxelles ; 1998.
5. Schoonbrood J. « Les étapes premières à la résolution d'un burn-out des infirmières hospitalières », in : Delbrouck, M. « Le burn-out du soignant : le syndrome d'épuisement professionnel », Éd. De Boeck, Bruxelles ; 2003.
6. Toussignant M. « Écologie sociale de la résilience ». In : Cyrulnik B. « Ces enfants qui tiennent le coup », Hommes et perspectives, Revigny-sur-Ornain ; 1988.
7. Vermeiren, E. « Faut-il systématiser la pratique du debriefing psychologique des intervenants », in : Vermeiren E et De Soir E (2002). « Les debriefings psychologiques en question », Édition Garant ; 2002.
8. Vermeiren E. « L'importance du soutien social », in : Vaiva G, Lebigot F, Ducrocq F et Goudemand M. Psychotraumatismes : prise en charge et traitements. Congrès National de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, Masson ; 2005.
9. Vermeiren E. « Fonctionnement d'une cellule d'accompagnement et de soutien psychologique au sein d'une institution : intérêts et limites », in : Combalbert N., « Le mal-être au travail », Presses de la Renaissance ; 2006.