

L'épuisement professionnel des médecins et des soignants en oncologie

Approche psychodynamique et institutionnelle

Medical Doctors and Caregivers' Burnout in Oncology Psychodynamic Approach in Institution

J.-L. Machavoine

Reçu le 13 janvier 2015 ; accepté le 18 janvier 2015
© Lavoisier SAS 2015

Résumé Médecins et soignants des services hospitaliers confrontés à la mort de leurs patients, comme en oncologie, sont particulièrement exposés au syndrome d'épuisement professionnel, tel que défini par H.J. Freudenberger, puis C. Maslach. Différentes manifestations somatiques, psychologiques et comportementales peuvent être analysées d'un point de vue psychodynamique, psychosocial et institutionnel. À côté des problèmes liés à la charge et à l'organisation du travail à l'hôpital, la formation à la communication avec les malades et les proches ainsi que l'élaboration collective des situations difficiles, en réunion d'équipe ou en groupe d'analyse de la pratique professionnelle, constituent des moyens de prévenir ou d'endiguer le burn-out.

Mots clés Épuisement professionnel · Approche psychodynamique · Médecins · Soignants · Groupes

Abstract Medical doctors and caregivers in hospital departments faced with the death of their patients, as in oncology, are especially exposed to burnout syndrome, as presented by H.J. Freudenberger and C. Maslach. Somatic, psychological, and behavioral symptoms could be understood from psychodynamic, psychosocial, or institutional points of view. Besides the problems involved in the burden and organization of work in hospital; communication training with patients and their relatives, as well as the collective elaboration of difficult situations, staff meeting, or group analysis of professional practices, develops some means of warning or stemming burnout.

J.-L. Machavoine (✉)
CRLCC François-Baclesse, 3, avenue Général-Harris,
BP 5026, F-14076 Caen cedex 05, France
e-mail : jl.machavoine@baclesse.unicancer.fr

Centre hospitalier Jacques-Monod, rue Eugène-Garnier,
F-61100 Flers, France
e-mail : j-luc.machavoine@ch-flers.fr

Keywords Burnout · Psychodynamic approach · Medical doctors · Caregivers · Oncology · Groups

L'épuisement professionnel se rencontre dans les métiers confrontés à l'échec et au sentiment d'impuissance. Les professions médicales et les services hospitaliers à fort taux de mortalité, comme la cancérologie, sont particulièrement concernés.

Freudenberger est le premier à avoir défini le burn-out [1]. Il mentionne des sentiments d'impuissance et de culpabilité, une tristesse, ainsi qu'un ennui et un désintérêt. Cela traduirait l'état d'épuisement de personnels « consumés » par un travail, exigeant sur le plan relationnel, au caractère répétitif, et apparaissant finalement sans issue.

Dans sa définition du burn-out, Maslach [2] souligne « le développement d'une vision péjorative de soi et d'attitudes négatives vis-à-vis du travail, ainsi qu'une perte d'intérêt et de sentiments à l'égard des clients. Le burn-out serait « un échec de l'adaptation au stress émotionnel chronique du travail » [3]. Elle décrit les symptômes du burn-out, en distinguant des manifestations somatiques, psychologiques et comportementales.

Avec Maslach et à partir de notre expérience de 25 années dans le champ oncologique, auprès des médecins et des soignants, nous pouvons observer et mentionner :

- *les somatisations* : fatigue ; tensions musculaires pouvant occasionner lombalgies, dorsalgies et/ou cervicalgies ; migraines, céphalées ou autres vertiges ; petites infections à répétition ; essoufflement et gêne respiratoire ; troubles de l'appétit : anorexie, accès boulimique ou hyperphagie ; troubles digestifs : constipation ou diarrhée ; troubles du sommeil. Ces symptômes pourraient être considérés comme des « réponses somatopsychiques » [4] ; où ce qui n'a pas été symbolisé (à propos des malades), parce que trop angoissant, se trouverait exprimé dans le corps (des soignants), comme le suggère Mac Dougall dans son approche et sa théorisation psychosomatique [4] ;

- *les signes psychologiques* : surcharge émotionnelle et cognitive, avec l'impression d'être débordé ; perte d'efficacité au travail ; incapacité à « faire le break », avec des idées obsédantes, voire des cauchemars ; hyperémotivité, s'accompagnant de sentiments de culpabilité et d'impuissance ; perte d'enthousiasme, indifférence, voire cynisme et agressivité ; psychorigidité, se traduisant par de la méfiance, une certaine sensibilité, voire des sentiments de persécution ; ennui et isolement, avec des mécanismes d'évitement et des comportements de fuite ; perte d'estime de soi dans son travail, en termes de résultats, de relations soignants-soignés et avec les collègues, d'où conflit de valeurs et d'instances idéales ; insatisfaction liée au statut professionnel ; retentissement conjugal et familial ;
- *les manifestations comportementales* : évitement des malades et des collègues ; absentéisme (arrêt de travail, réunions extérieures, délégations et décharges diverses) ou, au contraire, « présentéisme » ; résistance au changement et à l'innovation ; mauvais esprit d'équipe, dénigrement ; inhibition, découragement ou bien prise de risque conduisant à une détérioration de la qualité du travail, jusqu'à de véritables erreurs professionnelles. Abus d'alcool, de drogues ou de médicaments, pour soulager le stress et les somatisations (cercle vicieux) ; mise en danger de soi-même, accident, tentative de suicide.

Trois degrés, allant du banal au pathologique, réclameraient des mesures différentes :

- fatigue physique et émotionnelle ; difficultés à aller au travail ou bien présentéisme [5] ; signes peu nombreux et occasionnels : besoin de repos et de détente ;
- représentations et sentiments négatifs vis-à-vis de soi-même, des collègues et des patients, jusque dans des attitudes et des comportements cyniques et déshumanisés : le burn-out doit alors être clairement envisagé avec l'intéressé, par la hiérarchie médicale et/ou l'infirmière, ainsi que par la médecine du travail ; cela pour éviter une aggravation individuelle et une contagion collective, pouvant mener à une détérioration de qualité des soins et à des situations de maltraitance ;
- décompensation psychopathologique ou psychosomatique au-delà du strict épuisement professionnel, nécessitant alors un arrêt de travail et une prise en charge spécialisée, à l'extérieur.

En 1986, Maslach et Jackson [6] proposent l'échelle MBI, pour mesurer le burn-out. Cet outil, qui reste une référence au niveau international, se compose de 22 items et dégage trois composantes du burn-out :

- épuisement émotionnel ;
- désinvestissement dans le travail ;
- manque d'accomplissement personnel.

Dès les années 1970–1980, Millerd et Shanfield [7], cités par Goldenberg [8], avaient considéré les soignants confrontés au décès de leurs patients comme subissant des deuils multiples, les exposant à développer des manifestations du « syndrome du survivant ». Cette entité clinique avait été observée chez des sujets ayant fait, par l'intermédiaire d'autrui, l'expérience de la mort et se traduirait par une anxiété majeure, une culpabilité intense à être vivant, une certaine confusion, la sensation d'être envahi psychiquement (obsessions, fausses reconnaissances) et même physiquement (somatisations) par les disparus.

À leur suite, et dans la lignée des travaux de Barrois [9], nous avons, nous-même [10], proposé que les soignants se trouvaient exposés à un risque psychotraumatique, du fait de cette « effroyable intimité avec la mort » ; l'accumulation des décès pouvant entraîner une sorte de trauma cumulatif, au sens de Khan [11], et conduire à une déchirure de l'enveloppe narcissique, avec annihilation des capacités de penser, d'anticiper et d'élaborer les deuils. Le soin au mourant constituerait alors « une irruption du réel véhiculant un message de mort, entrant en résonance avec une fantasmagorie possiblement occultée » [9]. De plus, « la mort étant devenue tabou, le corps social ne s'offrirait plus comme support et dépositaire de cette angoisse fondamentale, abandonnant ceux que les progrès de la médecine et le bouleversement des valeurs ont considérablement exposés, à savoir les médecins et les soignants » [10] ; cette rupture sociétale réalisant alors un trauma second, en termes d'abandon et d'absence de restauration narcissique : « Tout syndrome psychotraumatique n'est-il pas la métaphore de tous les savoirs, de tous les mythes, de toutes les cultures, oubliés par une société éprise de totale efficacité ? ! » [9].

En France, le lien entre stress et santé mentale des médecins reste tabou. Très peu d'études épidémiologiques ont pu être réalisées, contrairement aux pays anglo-saxons. Pourtant, la surcharge de travail (rythme et nombre de consultations) et son impact sur la vie privée, les contraintes de temps et d'organisation (gardes), la solitude de l'exercice médical (annonce de mauvaises nouvelles), la confrontation à la souffrance physique et psychique des malades, la complexification des bases scientifiques et des techniques médicales, les difficultés relationnelles avec les patients et les familles, avec une judiciarisation croissante, les problèmes administratifs et les tensions « confraternelles » ou institutionnelles concourent à stresser et à épuiser les médecins, notamment à l'hôpital. Une attention commence à être portée à cette question, depuis quelques années, notamment en oncohématologie, à travers le « management participatif », promu par l'AFSOS [12].

Jusqu'alors, seules des études britanniques et américaines [13–15] montraient des résultats allant de 33 à 56 % de cancérologues, en situation de burn-out. L'épuisement émotionnel des médecins hospitaliers, et notamment des oncologues,

était à mettre en lien avec l'insuffisance de la formation universitaire, en matière de communication avec des malades atteints de cancers, dont encore un certain nombre allait mourir. Les troubles psychologiques liés au stress (General Health Questionnaire [GHQ] supérieur à 4) pouvaient être évalués aux alentours de 30 % ; ils pouvaient être imputés au sentiment d'être débordé, aux soucis relatifs à la toxicité des traitements et au risque d'erreur, ainsi qu'à une insatisfaction liée au statut professionnel.

Le burn-out des spécialistes en soins palliatifs serait moins important que celui des oncologues ; ceux-ci étant plus en proie aux sentiments d'échec et de frustration, avec moins de temps consacré à l'analyse des pratiques et de la relation soignant-soigné [16].

Une enquête INSERM, réalisée auprès des cancérologues français [17], donnait des scores comparables à ceux des études anglo-saxonnes. Cette enquête montrait que les universitaires et les chefs de service, malgré une charge de travail plus lourde, trouvaient une satisfaction dans la diversité de leurs missions (recherche, enseignement, responsabilités institutionnelles), s'accompagnant aussi d'un allègement du temps consacré à l'activité clinique ; celle-ci étant alors vécue comme gratifiante et non plus usante. Les plus exposés étaient les jeunes oncologues, non soulagés des tâches cliniques, et qui, en outre, devaient gagner la reconnaissance de leurs pairs, à travers des travaux de recherches et des publications, exigeant beaucoup de temps et d'énergie. Des études plus récentes [18,19] concernant les internes en oncologie montraient des résultats analogues et déjà très élevés en termes de burn-out (42 %) et de désinvestissement dans le travail (38 %) ; chiffres inquiétants pour de jeunes praticiens à l'aube de leur carrière et devant exercer encore une quarantaine d'années. Certains imaginaient des dispositifs en matière de communication et de gestion du stress : supervision par un médecin senior, formation à l'annonce de la mauvaise nouvelle, groupe de parole.

À côté des *Academics* et des jeunes médecins, les oncologues confirmés, certes saturés par la charge de travail, limiteraient plus volontiers leurs investissements et s'appuieraient sur leur expérience, réfutant là, l'idée que l'âge serait une cause d'usure et d'épuisement [17] ; au contraire, au-delà de 55 ans, les praticiens hospitaliers seraient moins vulnérables [15].

Dans cette enquête concernant les CLCC — Centres de Lutte Contre le Cancer — [17], les médecins des services techniques (radiothérapie, greffe, imagerie, réanimation) apparaissaient plutôt satisfaits des moyens mis à leur disposition. Les praticiens qui interviennent dans des moments circonscrits de la prise en charge, comme l'imagerie, la médecine nucléaire et dans une moindre mesure la chirurgie et la radiothérapie, montreraient des niveaux moins élevés de stress et d'épuisement. À l'inverse, les oncologues médicaux, confrontés à la pénurie de personnel (moyens humains) dans

leur service et assurant, pour la majorité d'entre eux, le suivi des malades tout au long de leur parcours et de leur évolution, seraient moins satisfaits et plus stressés, d'où une plus grande exposition au risque de burn-out. Il est probable que les problèmes de démographie médicale, pendant encore un certain nombre d'années, aggraveront cette situation.

Ajoutons que l'épuisement d'un médecin faisant preuve d'incohérence ou de découragement, ne communiquant pas ou de manière paradoxale, n'est jamais sans conséquence pour les malades et pour les équipes soignantes, sur qui ces phénomènes rejaillissent en cascade, en termes d'épuisement professionnel. Mais bien souvent, ce burn-out, voire une pathologie psychiatrique se trouvent longtemps entretenus par une série d'occultations individuelles et collectives, visant à couvrir les difficultés, par esprit de corps et pour essayer de sauvegarder la fonctionnalité de l'institution. Le médecin en sera parfois la victime ultime, faute de soins.

Le stress et l'épuisement des infirmières et des soignants en cancérologie ont été plus facilement envisagés et étudiés [20–22]. Ils peuvent être rattachés à la charge de travail et à la confrontation répétitive à la mort. Ils sont notamment liés :

- au manque d'effectif ;
- à l'augmentation de l'activité, dans des restructurations amenant des services de soins à devenir de véritables « usines à traitement », avec une possible perte de la dimension de soutien relationnel, souvent à l'origine de la motivation à devenir soignant ;
- au regroupement des malades les plus lourds dans des unités d'hospitalisation, à vocation de plus en plus palliative, sans moyens humains en conséquence.

Mais plus spécifiquement en regard des malades et du fait de mécanismes d'identification, adhésive ou projective :

- à la gravité de la maladie et à son pronostic ; mais aussi, paradoxalement, à des survies dépassant le pronostic, dans des agonies qui durent ;
- au jeune âge de certains patients ;
- aux atteintes corporelles pouvant choquer les sens ;
- aux souffrances physiques liées aux effets secondaires et aux séquelles des traitements ;
- au retentissement moral, voire psychiatrique ;
- aux difficultés relationnelles avec les proches ;
- à des problèmes éthiques non discutés et mal résolus.

L'épuisement professionnel, dans ses composantes « émotionnelles » et « accomplissement personnel », se rattache à cette charge ergonomique de plus en plus lourde. L'avènement d'une médecine scientifique ainsi que certaines évolutions, voire dysfonctionnements de la structure hospitalière, ne facilitent pas la communication et viennent, là, aggraver les souffrances liées à l'accumulation des décès dans certains services. Les personnels de ces unités dites « de soins actifs » se trouveraient alors confrontés à une sorte « traumatisme du

non-sens » [9], contrairement aux spécialistes des soins palliatifs qui ont pu redéfinir leurs valeurs et leurs objectifs de soins (*cure/care*).

Face au burn-out, médecins et soignants mettent en place des défenses :

- *défenses psychosomatiques* : on peut parfois observer des fonctionnements opératoires et des désorganisations psychosomatiques, décrits par Marty [23], mais plus sûrement des somatisations sporadiques, au sens de Mac Dougall [4], avec retour dans le corps des soignants d'affects et de représentations rejetées de la conscience, à propos des patients : céphalées, vertiges, face aux métastases cérébrales d'un malade ; essoufflement, devant la détresse respiratoire d'un autre ; perte d'appétit ou hyperphagie, face à la cachexie de nombre de patients en fin de vie, etc. Le retour des éléments forclos ne se ferait pas dans l'hallucination comme dans le délire psychotique, mais dans le corps, par une voie régressive et sur un mode infraverbal. Comme le formule Mac Dougall, « nous sommes tous capables, aux moments où nos défenses habituelles devant la détresse psychique nous font défaut, de « somatiser » notre douleur mentale » [4] ;
- *défenses psychiques ou mécanismes de défense*, plus ou moins coûteux et adaptatifs : déni, clivage, identification projective ; refoulement, déni, banalisation, évitement, isolation, formation réactionnelle, tels que listés par Ruzsniowski [24] ; ou bien encore des mécanismes de dégage-ment : intellectualisation, sublimation ;
- *défenses comportementales ou stratégies défensives de métier* [25] : fuite dans l'activisme et la technicité, pour ne pas penser ; soumission aux règles, procédures et autres protocoles ; désintérêt pour la clinique du quotidien au profit de la recherche, des essais cliniques et du quantitatif ; méfiance et mépris pour les aspects psychiques. Cette idéologie du « faire » pourrait conduire aux extrêmes que sont l'acharnement thérapeutique et l'euthanasie.

Il n'existerait pas de profil de personnalité préexistante particulièrement vulnérable au burn-out. Cependant, un contexte personnel (deuil récent non élaboré, difficultés conjugales ou familiales, isolement) pourrait favoriser l'installation dans l'épuisement, par phénomène d'identification ou de compensation. À un niveau personnel, il y aurait donc nécessité de sauvegarder une frontière entre vie professionnelle et vie privée, pour éviter le surinvestissement professionnel et se préserver un « ailleurs ». Le harcèlement moral, exercé plus facilement par la hiérarchie, toucherait plus aisément le personnel subalterne. Il peut, néanmoins être observé chez des cadres ou des médecins, victimes de tracasseries organisationnelles ou de disqualifications de la part de leurs pairs, voire de l'administration [26,27].

Au niveau institutionnel et organisationnel, si l'élément prépondérant apparaît souvent être celui de la charge de tra-

vail et des effectifs, il y aurait lieu de veiller à la qualité de la communication verticale (ascendante et descendante), horizontale et diagonale, pour éviter les phénomènes de disqualification, de victimisation et de contagion du burn-out, pouvant conduire à une déshumanisation et à une diminution de la qualité des soins.

À côté des staffs hebdomadaires médecins-soignants, qui malheureusement tendent à disparaître, la mise en place de groupes de parole [28] et d'analyse, d'inspiration Balint, au sein des services, quand elle est possible et soutenue par une véritable demande, permet une reprise des situations difficiles et potentiellement traumatisantes, notamment les fins de vie pénibles et/ou les contextes agressifs. Ces groupes facilitent : l'expression, le partage et la ventilation des émotions ; l'interrogation collective et la recherche de complémentarité ; l'analyse de sa motivation et de son implication personnelle dans les soins (identifications, éléments transférentiels et contre-transférentiels). Ils permettent ainsi d'éviter l'identification projective et de trouver ses limites. « C'est à partir de cette élaboration symbolique, de pertes et de deuils, dans les registres de l'intersubjectif et de l'intrapsychique, que les soignants peuvent se situer comme des sujets pensants et désirants et non comme des agents déshumanisés. Objet psychique, investi par les soignants, le groupe s'offre dans une fonction de pare-excitation ; il les protège contre le débordement des affects et les risques de l'effraction induite par la confrontation au réel traumatique. Le groupe assure donc une fonction de "conteneur", source d'étayage pour le moi de chacun des participants. Dispositif favorisant les identifications (centrales et latérales), le groupe permet un travail psychique d'intersubjectivité, où l'identité de chacun se renforce dans le rapport de différenciation avec l'autre. À partir de cette expérience intersubjective vécue dans le groupe, à propos des malades, la relation soignant-soigné peut s'envisager comme "suffisamment bonne" ; ni fusion, ni désaffectation ; ni maîtrise toute-puissante, ni abandon » [29].

La formation initiale et continue, ainsi que la mobilité professionnelle, constituent d'autres moyens de prévention et de résolution du burn-out. Mais, elles pâtissent aussi de limitations budgétaires et de rigidités administratives et institutionnelles, empêchant parfois des reconversions audacieuses et salutaires.

Pour conclure et tenter de dégager une problématique plus large, citons Oppenheim [30] : « La démocratie dans ces services, confrontés à une très grande violence, celle de la maladie, n'est ni un luxe ni une position idéologique. Elle est une nécessité qu'exige le bon déroulement des traitements... Elle constitue un garde-fou par rapport à toutes les dérives qui guettent ces services. Ce fonctionnement démocratique permet aussi de préserver l'unité et la durée des équipes soignantes ; d'éviter les usures et départs artificiels de nombreux soignants de valeur et d'expérience ; de préserver pour chacun, la mémoire, le sens de l'histoire et l'identité du service ».

Liens d'intérêts : l'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- Freudenberger HJ (1974) Staff burnout. *J Soc Issues* 30:159–65
- Maslach C (1978) Job burnout. How people cope. 36:56–8 [Public Welfare]
- Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav* 2:99–113
- Mac Dougall J (1989) *Théâtres du corps. Le psychosoma en analyse.* Gallimard, Paris
- Sarazin B (2014) Présentisme : une autre face de l'épuisement professionnel ? *Travail et changement* 354:2–3
- Maslach C, Jackson SE (1986) *Maslach Burnout Inventory.* Manuel Palo alto CA. Consulting Psychologist Press Inc
- Shanfield S (1981) The mourning of the health care professional: an important element in education about death and loss. *Death Education* 4:385–95
- Goldenberg E (1988) Aider les soignants en souffrance. *JALMAV* 14:3–13
- Barrois C (1988) *Les névroses traumatiques. Le psychothérapeute face aux détresses des chocs psychiques.* Dunod, Paris
- Machavoine JL (1990) La souffrance des soignants face à la mort en cancérologie. *Rev Med Psychosom* 23:105–12
- Khan M (1976) *Le soi caché.* Gallimard, Paris
- Blanchard P, Rodrigues M, Colombat P (2012) On the prevalence and causes of oncologist burnout. *J Clin Oncol* 30:3029–30
- Whippen DA, Canellos GP (1991) Burnout syndrome in the practice of oncology. Results of a random survey of 1,000 oncologists. *JCO* 9:1916–20
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al (1995) Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* 71:1263–69
- Ramirez AJ, Graham J, Richards MA, et al (1996) Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work. *Lancet* 347:724–28
- Fournier P (2004) Souffrir de soigner : le burn-out des médecins travaillant en soins palliatifs. *La lettre du cancérologue* 13:64–75
- Lert F, Chastang JF (2001) Les médecins des centres de lutte contre le cancer. Le travail médical et son retentissement psychologique. Inserm U88, Saint-Maurice
- Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, et al (2010) Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer* 46:2708–15
- Vanbockstael J, Noal S, Degrendel-Courtecuisse AC (2010) Burn-out des internes en oncologie : un an d'expérience du groupe de parole de l'Association des jeunes oncologues bas-normands. *Bull Cancer* 97:491–92
- Rodary C, Gauvain-Piquard A (1993) Stress et épuisement professionnel. *Objectifs Soins* 16:25–34
- Lert F, Morcet J (1997) Organisation du travail, stress et épuisement professionnel chez les infirmières exerçant à l'hôpital. Identification des situations à risque. Inserm U88, Saint-Maurice
- Colombat P, Altmeyer A, Rodrigues M, et al (2011) Management et souffrance des soignants en oncohématologie. *Psycho-Oncol* 5:83–91
- Marty P (1980) *L'ordre psychosomatique.* Payot, Paris
- Ruszniewski M (1995) *Face à la maladie grave. Patients, famille, soignants.* Privat, Paris
- Dejours C (2000) *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail.* Bayard, Paris
- Hirigoyen MF (2001) *Le malaise dans le travail, harcèlement moral. Démêler le vrai du faux.* La Découverte, Paris
- Bilheran A (2009) *Harcèlement. Famille, institution, entreprise.* Armand Colin, Paris
- Ruszniewski M (1999) *Le groupe de parole à l'hôpital.* Dunod, Paris
- Machavoine JL (1999) Intérêt des groupes d'analyse de la relation soignant-soigné en cancérologie. *Psychologues et psychologies* 147:13–5
- Oppenheim D (1995) *La communauté de l'enfant cancéreux. Psychologie, cancers et société, L'Esprit du temps, Paris, pp 115–23*