

Épuisement professionnel et blessures de l'idéal Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale

Burnout and Idyllic Conception Ruptures

Clinical Reflections on Health Professional's Disillusion and the Initial Formation

Lionel DALOZ¹

Résumé **Contexte** : Appréhender les liens perçus par les soignants entre leur formation initiale et leur souffrance professionnelle tardive ; connaître l'avis des sujets épuisés sur leur idéal, leur formation professionnelle et leur adéquation à la réalité professionnelle ; appréhender le poids de l'idéal professionnel créé comme facteur protecteur ou de fragilisation dans l'épuisement professionnel/démotivation. **Sujets et méthodes** : Entretiens de recherche auprès de 102 soignants, paramédicaux et médecins, portant sur les difficultés professionnelles de soignants depuis la formation initiale. **Résultats** : Les entretiens montrent l'importance de l'idéal, sa rigidité ou son atteinte, et la défense par l'idéalisation chez les sujets atteints de burnout. Les professionnels interrogés rapportent spécifiquement et a posteriori l'importance de leur formation, via deux aspects : une remise en question de ce qui est fait dans la réalité au nom d'idéaux et de ce qui a été appris ; d'autre part une dimension de perfectionnisme, possiblement défensive, fragilisant le sujet. **Conclusion** : Cette étude invite à réfléchir aux liens entre l'épuisement professionnel, l'enseignement reçu et à la formation de l'idéal professionnel. Elle invite à questionner l'idéal de rigueur ou de perfection, ainsi que les attentes irréalistes des étudiants.

Mots clés Formation initiale ; burnout ; désillusion ; idéal ; idéalisation.

Summary **Context** : To apprehend health professionals' conceptual links between their initial formation and their postponed professional desolation; to know the opinion of exhausted individual on their professional idyllic standard, their professional formation and their adequacy with the professional reality; to apprehend the weight of the professional idyllic conception considered as a protective or a weakness factor in the burnout/lack of motivation state. **Subjects and Methods**: Research interviews with 102 health professionals - paramedical and physicians - carried on medical care difficulties encountered since their initial formation. **Results**: Interviews show the importance of the health professional idyllic conception, its rigidity or its reaching, and resistance consequential from an idealized image of the profession among individual with burnout. Interviewed health professionals report specifically the importance of their formation on two aspects: a reflection of what reality is made in line with professional idealized image and what was learned; a dimension of perfectionism, possibly unconstructive, weakening the individual. **Conclusion**: This study incites to think about links between burnout, the initial formation and the creation of an idyllic conception of health professions. It invites to question the idealized image of health professions or perfection, as well as the unrealistic expectations of students.

Key words Initial formation; burnout; disillusion; idyllic conception; idealized image.

Pédagogie Médicale 2007;8:82-90

1- Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie médicale. Institut fédératif de recherche « Sciences et techniques de l'information et de la communication-Santé (STIC-Santé) ». Esplanade Erasme - Université de Bourgogne - 21000 Dijon (France).

Correspondance : Lionel Daloz - Université de Bourgogne - Laboratoire de Psychopathologie et de Psychologie médicale
Téléphone : 00 33 (0)3 80 39 39 84 ou 00 33 (0)3 80 39 39 90 - Télécopie : 00 33 (0)3 80 39 39 95. Mailto:lionel.daloz@chu-dijon.fr

Épuisement professionnel et blessures de l'idéal...

« Idéaliser, c'est finalement court-circuiter les étapes de la réalisation [...] ; c'est prendre le désir pour son incarnation »

D. Barbier¹

Introduction

La plausibilité de la survenue d'un épuisement professionnel (ou *burnout*) au cours d'une carrière est maintenant bien connue. Combinant des troubles émotionnels, une fuite réactive de la relation aux patients et un sentiment de non-accomplissement², elle pointe également le poids considérable de l'idéal. Selon Freudenberger³, le sujet s'épuiserait à suivre des buts inaccessibles et finirait démotivé, sans autre considération pour les personnes à prendre en charge. Le *burnout* rapporte ainsi, par-devers des aspects classiques de stress² ou de difficultés institutionnelles⁴, un questionnement plus intime qui concerne l'engagement de ses valeurs dans la pratique soignante⁵. Il interroge de la sorte, et *a posteriori*, l'enseignement reçu ainsi que le processus de construction de l'idéal professionnel, entre syndrome du paradis perdu⁶ et contre-modèle cynique³. Cette conflictualité naturelle idéal/réalité s'exacerbe dans le contexte actuel des restructurations hospitalières, avec ses nouvelles logiques socio-économiques et ses restrictions budgétaires. Elle impose aux sujets un travail psychique d'adaptation qu'ils perçoivent souvent comme contrevenant à leurs représentations. Quel est alors le rôle de la formation, initiale et continue, dans cet état de fait ? A-t-elle été suffisamment à l'écoute de ces problématiques de souffrance au travail ? Force est en tout cas de constater le déficit de recherches en ce domaine, tant théoriques qu'appliquées. Pour le dire autrement, la formation des soignants doit-elle se soucier du devenir des étudiants à la lumière des fréquentes difficultés ultérieures auxquelles seront confrontés ces derniers, eu égard à la part qui est la sienne dans la constitution de leur idéal, dans un contexte souvent marqué, en outre, par une exigence d'excellence⁷ ? Nous estimons que l'éclairage apporté par les situations d'épuisement est suffisamment fort pour devoir poser ces problématiques, d'autant que des interrogations connexes viennent renforcer ce questionnement : comment des soignants qui ont choisi ce métier, avec des résultats qui n'ont jamais été aussi bons, dans des structures qui se sont modernisées, en arrivent-ils à une telle morosité, une telle amertume ? Plus encore, comment des sujets auparavant guidés par une conception idéalisante de leurs rôles professionnels deviennent-ils aussi peu empathiques envers les patients ? Molinier⁸ rapporte ainsi le témoignage de jeunes infirmières fai-

sant état de collègues plus anciennes regardant un feuilleton tandis qu'un patient bave, gémit à leurs pieds "avec ce cri conjuratoire : « ne pas devenir comme elles »".

Ces personnels, dérogeant à l'image du bon soignant, accueillant et courageux, rechignant à une application honnête du métier, témoignent d'une dérive vers le désenchantement, l'inverse de ce qui était espéré. Finalement, la question posée est celle du destin de leur idéal professionnel, de leurs investissements et, *in fine*, de la postérité de leurs acquis pédagogiques. Les objectifs de notre recherche sont : 1) d'une part, de connaître l'avis des sujets épuisés sur leur idéal professionnel et sur le processus de sa construction (avec des questions telles que : leur idéal est-il perçu favorablement ou négativement ? Est-il remis en cause ? Est-il modifiable ? etc.) ; 2) d'autre part, de mieux appréhender dans ce processus de *burnout* le poids de l'idéal professionnel et son lien avec l'enseignement reçu (ces sujets perçoivent-ils une inadéquation entre ce qui était espéré et ce qui est perçu ? L'enseignement est-il invoqué ou convoqué pour expliquer leur malaise actuel ? etc.) et 3) de tenter, au travers de ces liens, de constituer les bases d'un débat concernant d'éventuelles possibilités préventives.

Matériels et méthode

Nous avons abordé ce questionnement *via* des entretiens de recherche portant sur les difficultés professionnelles et sur la question posée des suites de la formation initiale. Ces entretiens ont été conduits auprès de 106 soignants, paramédicaux et médecins, recrutés dans trois structures différentes afin d'éliminer un biais institutionnel : un centre hospitalier universitaire, une maison de retraite et un hôpital général périphérique, soit sept services. Le critère d'inclusion à l'étude est l'appartenance aux services étudiés et le volontariat. L'étude a concerné à la fois des sujets travaillant le jour et des sujets travaillant la nuit, des sujets indemnes, des sujets épuisés et des sujets dépressifs, afin de connaître des avis potentiellement différents.

L'entretien débutait par la demande de décrire sa vie professionnelle en partant de la formation initiale. Outre l'épuisement professionnel investigué plus avant (- *Comment comprenez-vous ce qui vous arrive ?*), le questionnement dépendait des ouvertures apportées par l'entretien. Ainsi des questions fréquentes relatives à la motivation/démotivation (- *Quels changements sont intervenus ?*), la représentation de soi (- *Comment vous voyez-vous, par rapport à ce que vous pensiez être ?*),

l'idéal, les idéaux personnels et/ou professionnels. Si ce dernier point n'était pas abordé, une question y incitait à la fin (- *Comment voyez-vous les enseignements que vous avez reçus ; quelle place l'idéal de soins a-t-il dans votre pratique ?*). L'écoute s'est voulue attentive, empathique, conforme aux règles de l'entretien. L'important réside dans les possibilités offertes au sujet, d'exprimer le plus possible des éléments subjectifs.

L'analyse des entretiens, partiellement publiée⁹, a été réalisée selon une grille d'interprétation psychodynamique, dans une visée compréhensive des situations vécues. Elle vise à interroger le contrecoup des symptômes, la manière dont ils s'insèrent dans l'économie psychique et à connaître les vécus et les croyances agrégées. Une telle approche visait moins à identifier des facteurs causaux (multiples et bien connus) qu'à considérer l'attitude subjective des personnes, en cernant la présence éventuelle d'éléments conflictuels, de sentiment d'échec ou de vulnérabilité, de souffrance. Cette approche nous conduit à distinguer trois niveaux, servant à l'analyse : 1) les histoires personnelle et professionnelle (formation, prise de fonction, événements marquants, conditions de travail, formation continue) et potentiellement ses difficultés (notamment le *burnout*) ; 2) la réactualisation de ce cheminement dans l'entretien, qui renseigne sur le vécu actuel (angoisse, affects dépressifs, valorisation du passé, etc.). Elle dévoile les conflits et leur degré d'élaboration ; 3) la tonalité de l'entretien, avec une attention portée à la confiance du sujet interrogé, à sa capacité à dire ce qu'il ressent, sa volonté d'intelligibilité, de faire saisir à l'autre ce qu'il en est de sa vie et à travers, ses ambiguïtés, son désir de plaire, de se faire plaindre, sa volonté de montrer une maîtrise, un désintéret. On note de la sorte si le sujet éprouve un bien-être à parler de ses préoccupations, une culpabilité, des blocages, une mise à distance, etc.

Résultats

Ces récapitulations d'histoires montrent des chemine-ments très divers, oscillant entre aisance professionnelle et dépression. A l'évidence, la formation initiale se révèle un point polarisant des discours, particulièrement de ceux des sujets épuisés. Ils stigmatisent la réalité professionnelle, vue comme frustrante, injuste, après tant d'études, d'efforts. Leur déception profonde, sous le sceau d'un idéal blessé, signale leurs attentes irréalistes³ et remet en cause leur relation au travail comme canal privilégié de s'accomplir, de se représenter.

Le burnout, une crise personnelle

Rapporté en entretien, l'état de *burnout* atteste un malaise, un sentiment de maintenir un équilibre précaire et de perdre pied avec l'environnement professionnel. C'est une volonté de maîtrise qui achoppe, une souffrance qui bloque l'accomplissement de soi, une situation de tension chronique rendant difficile un fonctionnement psychique cohérent dans le temps. C'est aussi une expérience nouvelle à laquelle fait face le sujet, inconfortable, et qui lui fait comprendre autrement ses relations aux autres, débouchant sur un besoin fort de reconnaissance, de la passivité ou de l'activisme. La personne désinvestit les objectifs institutionnels, dans un sentiment « *d'à quoi bon* », et se replie sur sa vie privée. En filigrane, c'est le renoncement à un rôle, à des idées de jeunesse, mâtiné de scepticisme quant à sa « *vocation* », qui conduit à questionner l'avenir avec ou sans ce métier, dans ou en dehors de l'hôpital, et à remettre en cause son investissement professionnel, entre négativisme, sentiments d'impuissance, d'échec ou de préjudice. Cette condition n'est pas sans rappeler la dépression, mais avec un moindre niveau d'intensité des signes, sans ralentissement psychomoteur véritable et sans condensation de la souffrance. Plutôt triste, le sujet épuisé semble las, essayant de ne pas trop penser, dans l'attente, démotivé. Les à-côtés du métier, tels que l'exigence de rendre des comptes ou de mieux accueillir les patients, prennent un caractère pénible. La personne est en rupture du contrat narcissique qui la liait avec l'institution¹⁰, en rupture à la fois d'une affiliation tranquillisante au groupe et d'un équilibre établi sur des étayages gratifiants. Le *burnout* se dévoile comme une crise subjective du sujet, envahissant sa conscience malgré le désintéret croissant du métier. Cette dynamique convoie une perte douloureuse des repères identitaires, là où le sujet pensait s'affranchir de ces questionnements, tant la logique des soins est en principe assortie de la garantie que la personne saura se situer et sera reconnue par l'institution. C'était sans compter sur la complexité du monde du travail, l'épuisement se découvrant aussi comme le retour au réel après les études. Il éclaire le rapport du sujet à son idéal, aux idéaux professionnels et aux processus psychiques concomitants (idéalisation, clivage, etc.).

L'épuisement... de l'idéal

Le sujet épuisé n'aime guère évoquer des éléments personnels causaux, cette intériorité du problème, préférant projeter sur les conditions de travail la responsabilité de son

Épuisement professionnel et blessures de l'idéal...

état. Il y a ainsi une méfiance et une hostilité au questionnement sur l'idéal, rompant avec le climat de l'entretien : jusqu'où cela va-t-il aller ? On entend pourtant un écart malheureux avec l'idéal, souvent non remis en cause, ainsi que la peur de perdre l'entendement issu de la formation initiale, suggérant que ce qui s'épuise dans le *burnout*, c'est l'idéal, dans son rôle moteur d'un positionnement gratifiant. Le sujet épuisé fait ainsi état d'un décalage grandissant entre son idéal et la réalité, estimée funeste. Ses réalisations s'éloignent de son niveau d'aspiration, de ce qu'il aimerait vivre. Ainsi, à la sollicitation « *Comment aimeriez-vous travailler ?* », c'est un étonnant tableau qui surgit, mettant de côté les situations de patients difficiles, les contraintes économiques, les rivalités entre professions/personnes, mais pas la mort, ni les difficultés des relations thérapeutiques. Le jugement négatif sur la situation actuelle est renforcé par le contraste avec un passé idéalisé. Plusieurs font état d'une dégradation de la situation :

« *Ça devient catastrophique* ».

Certains prétendent ne plus y croire et ce sont les mêmes qui se présentent comme les plus moroses, les plus épuisés. L'idéal a failli dans son rôle de gardien serein d'un investissement ou d'un projet de vie, d'un fantasme de toute-puissance rassurant, du maintien d'une image de soi positive.

On perçoit en outre le poids des identifications et de l'idéalisation initiale. La formation émerge comme un moment significatif, prenant un relief particulier, et dont le souvenir reste marquant, quelquefois apaisant, parfois aliénant. C'est le cas de ces sujets dans leur posture d'assujettissement à des figures enseignantes idéalisées, là où le lien entre épuisement et idéal est patent. Leurs difficultés dans un contexte complexe les rendent vulnérables, insuffisants, perdus, conscients du fait qu'ils font moins que ce qu'ils devraient, qu'ils ne mettent pas en œuvre ce qui a été appris. Les sujets épuisés pensent à un ratage, les autres à une adaptation.

Cette naissance de l'idéal professionnel a induit une filiation, une inflation narcissique. L'idéalisation associe une figure saillante, embellie, une identification, admettons un substitut parental ; c'est par exemple l'image d'un professeur marquant, perçu comme mieux que les autres, plus puissant ou sensible, et qui relève autant de l'ordre de l'imaginaire que du symbolique. Le sujet épuisé s'enorgueillit volontiers d'un passé, de maîtres, de rencontres qui l'ont nourri. Plus ancré dans le discours d'enseignants, que sur les patients, il se profile aussi comme déniaient les limites de son pouvoir, signifiant un monde où tout devrait être compris, maîtrisé.

Un tel sujet se montre étonné que le suivi scrupuleux des protocoles, des enseignements, déculpabilise mais n'affranchisse pas des contraintes ou que, pour suivre certains patients, il doive intégrer une bonne dose d'imagination, discuter l'idéal à la lumière des contraintes, s'affranchir de la tutelle de maîtres formateurs.

On surprend même une peur de la perte de l'idéal ou du sens induit du métier, une crainte, alors qu'il est confronté au réel, de perdre la mise en sens donnée par leur modèle, l'idéal du groupe, des soins. On perçoit une peur secrète, plus inférée qu'énoncée, de devoir poursuivre par obligation, non par volonté et intérêt. Ces personnes posent la question : peut-on soigner par obligation ? Ou : comment justifier alors les efforts consentis, leurs conséquences personnelles, le souci de neutralité à certaines réflexions de patients, la mise entre parenthèse de soi ? D'autres redoutent la fin de l'idéalisation (une façon positive et magnifiée de voir les soins) et se projettent dans l'autre épuisé :

« *Je ne sais pas comment ils font pour continuer à travailler, sans y croire, moi je ne pourrais pas* ».

« *S'ils n'y croient plus, ils n'ont qu'à changer de métier* ».

D'autres s'inquiètent de développer un épuisement et le demandent craintivement :

« *Vous croyez que ... ?* ».

La fin du désir de soigner et celle, en deçà, de l'idéalisation sont angoissantes, dans un rapport direct avec la souffrance, sans aide, sans fard, sans étayage intime à un imaginaire gratifiant. C'est la fin d'un jeu professionnel valorisant, la remise en cause d'une identité, tout du moins telle qu'elle est érigée ou rêvée, alors que le soignant aimerait être endurant, plein d'aisance et arrivant à occulter, de façon orthodoxe, les risques du métier. Les situations et l'institution deviennent alors menaçantes pour l'idéal et pour son équilibre.

Le soignant aurait peur d'être désillusionné, et bien des questions prennent sens corrélativement : celles des revendications (portant surtout sur des conditions de travail qui permettent de réaliser son idéal, un nouvel élan porteur et rassurant, et pas forcément sur une exigence de « *plus de moyens* ») ; celle des demandes de reconnaissance, de soutiens par des psychologues et surtout de formations, à la recherche de l'idéalisation de ses études, du début de la vie professionnelle :

« *Ça fait du bien* » ; « *ça ressource* », « *ça remotive* ». Ici, le sens de la formation serait de retrouver une idéalité, un idéal de dynamisme, de scientificité, celui des études, face à l'ennui quotidien des patients, dans une pratique rigoureuse de ce qui a été appris.

Plus affectivement, face à la désidérialisation de liens portés sur les médecins, la surveillante, ses maîtres, le *burnout* signe l'échec de liens fantasmatiques, une déception vis-à-vis d'imagos.

Une explication du burnout par la désidérialisation

La désidérialisation serait à la fois la perte de l'idéal professionnel et la fin de l'idéalisation comme défense, renvoyant le sujet à l'ambivalence, aux doutes. Resurgissent alors des affects, une violence interne que le sujet avait amnistiée. C'est l'arrêt d'une forme de construction de la réalité, issue de soi et de l'idéologie (abnégation, modestie, courage, perfection, etc.) et qui protégeait les illusions du sujet (le Moi s'identifiant alors au Surmoi, à son éthique ou à l'idéal groupal). C'est comme si les soins avaient constitué une doctrine sur le modèle élaboré par Freud¹¹ pour l'armée et la religion, réalisant en rêve ses désirs, ses sources de satisfaction, et dont la fin constitue la détresse, l'impuissance.

Cette optique basée sur l'illusion/désillusion invite à discuter en conséquence cet aspect de la professionnalisation des étudiants et à s'interroger sur les finalités pédagogiques à poursuivre. Doit-on fonder un idéal fort, instituant un rôle protecteur pour passer au travers de difficultés quotidiennes et favorisant le conformisme et la responsabilité intérieure, la conscience professionnelle ? Ou doit-on, au contraire, combattre les illusions ou la visée de perfection¹², qui créent des attentes néfastes et exposent au risque de *burnout*, et s'ancrer dans le réel, en mettant en exergue les limites de toute relation soignante. La réponse est en dehors de notre discussion, si ce n'est qu'il convient de rappeler l'ineptie de toute attitude doctrinale en la matière.

Reste que le sujet ne perd pas son idéal passivement, comme l'attestent les mécanismes de défenses déployés, sa volonté à poursuivre à l'identique, les refus d'adaptation. Il ne débouche pas sur un recadrage, quitte à devenir cynique, se refusant à croire en quelque valeur que ce soit, éliminant tout risque de se tromper, ou dramatisant de façon récurrente, façon de croire qu'ils ont compris et qu'ils ne sont pas en phase avec l'absurde. Il y a alors perte des mécanismes que l'idéal soutenait comme l'espérance, la confiance, la tolérance à la frustration, l'identification et l'idéalisation professionnelles, sources d'une image de soi valable et de capacités d'autoréalisation narcissiques. L'angoisse réapparaît dans la discordance entre l'idéal fixé et sa réalité, conduisant au conformisme ou aux symptomatologies dépressives et fonctionnelles¹³.

Le burnout serait-il une souffrance de la naïveté ?

Un argument en faveur de ce poids de l'idéal est donné par le constat d'une certaine naïveté dans les entretiens. Il convient de faire attention car, outre un jugement péremptoire, c'est peut-être le signe d'un engagement minimum dans l'entretien, une mise à distance de soi, un paravent. Reste que son lien avec l'idéal du Moi est connu, comme son influence par les promesses qu'elle laisse supposer.

« *Puisque c'est comme cela, je ne travaille plus* », énonçait un sujet d'âge mur, avec une difficulté à accepter que ce milieu de travail soit comme un autre avec ses rivalités marquées, ses conflits antinomiques des objectifs. Moins que des illusions thérapeutiques, la naïveté porte sur un rôle donné *a priori*, sur un statut alloué, sur une place dans une équipe qui pourvoierait à ses besoins personnels. Dans l'étonnement de ce qui lui arrive, du manque de soutien, il perdure chez le sujet un idéal d'une fusion thérapeutique avec l'équipe, dans une sorte de famille réparatrice. On retrouve l'idée qu'il aurait pu ou pouvait affronter des situations où il aurait une place sans nécessité d'adaptation, de réflexion, de remise en cause. La naïveté s'exprime aussi dans l'espérance de régler ses problèmes en réglant ceux des autres ou encore dans la vision d'un travail de soignant vu comme sans risque pour soi, voire dans l'incompatibilité de concevoir une souffrance notable conséquente aux soins, ce qui entraîne une légitime mais un peu naïve déception, une attitude dépitée face aux enjeux de pouvoir, ayant oublié que des prises en charge passent quelquefois après des coups bas.

Le *burnout* est la fin d'un fantasme de plein accomplissement, de complétude dans la rencontre avec des patients, de seul projet de vie professionnel. Il y a ceux qui pensaient, leur diplôme en poche, avoir fait le plus dur, croyant que leur formation leur offrait un métier gratifiant, intéressant, dont l'utilité saute aux yeux, permettant l'exercice d'un pouvoir. Un kinésithérapeute disait qu'ayant passé un concours difficile, il pouvait faire ce qu'il voulait et ne devait pas rendre de comptes ; il était libre. Généralement, la naïveté est liée à une absence de questionnement, un besoin d'évidence protecteur. Et si ces soignants ont une certaine philanthropie, celle de vouloir soigner, aider les autres, la naïveté est, devant cette série de sentiments, de rester sur ses positions. Confinant à la rigidité, ils tendent à sous-estimer les problèmes personnels ou ne les comprennent pas.

Épuisement professionnel et blessures de l'idéal...

La naïveté peut ainsi se transformer en absence de mise en sens, plus gênante en termes de fonctionnement psychique.

Vision négative du travail ou difficultés de mise en sens ?

Ces éléments suggèrent moins une simple vision négative de son travail que des difficultés d'élaboration de ce qui est vécu. La rigidité des jugements masque souvent une raideur du sujet. La personne ne veut pas ou plus changer mais rester elle-même ; c'est notamment le cas chez le sujet brillant, fort de son pouvoir, ancienne puissance dérivant de celle de ses maîtres, garants de la Loi, ici du respect scientifique et hiérarchique, des protocoles, un peu comme s'il ne se voyait poursuivre qu'au prix du maintien de cette image de soi, refusant tout nouveau compromis adaptatif. Cela cache une faible mise en sens personnelle. Significativement, le sujet se sent dépassé par la situation, mais ne réfléchit guère ou plus avant sur son rapport à la situation. Beaucoup est dit, mais rien d'important. Il lui est problématique de se représenter les difficultés au travail au-delà d'un ensemble d'anecdotes, de discours généraux, ou de savoir que faire des représentations mobilisées au fond de lui. Tout va trop vite, la mort de patients ou leurs aggravations, les erreurs personnelles, la faille de l'idéal scientifique, les conséquences sur sa vie privée, le décours des semaines. La réalité n'est plus véritablement pensée car elle devient difficilement pensable. Il y a une mauvaise activité de symbolisation et de capacité à faire du lien, à en extraire une signification stable, utile, permettant un travail psychique. L'émotion reste en suspens, sans mise en parole. Les souvenirs récents sont neutres ou peu présents, différents des plus anciens. La réalité n'est plus vraiment intégrée, parfois depuis plusieurs années, quelquefois au prix d'une prise de médicaments. Demander quels sont les derniers événements marquants est significatif de ce point de vue.

Dès lors, le soignant n'a plus guère la possibilité ou la liberté de se laisser-aller à penser avec plaisir au travail. Il doit de plus accepter (ou réfléchir à) l'idée de s'arrêter ou de changer de rythme, c'est-à-dire de tenir compte des signaux d'alarme de la fatigue, d'avoir le recul nécessaire pour se penser fatigué et décider par lui-même de modifier son travail. Mais fait-il encore le lien entre son activité réelle et sa fatigue, sa lassitude ? Rien n'est moins sûr. Plus probablement doit-il accepter l'idée d'une blessure personnelle, de se voir différemment. Il n'est pas aisé pour certains de changer pour des services

moins glorieux, des activités plus banales. Cette capacité à modifier leurs images d'eux-mêmes est faible chez les sujets épuisés et ne leur permet pas de contrebalancer la blessure narcissique liée au travail. En fin de compte, les sujets ne savent plus ce qu'il faut penser. L'activité de représentation du travail devient aléatoire, malaisée, contrastant avec le discours portant sur leurs débuts ou sur ce qui serait... idéal.

Discussion

Une position subjective

Au cours du *burnout*, l'idéal personnel et professionnel, en partie fixé par les études *via* des identifications marquantes et une idéologie de métier, se révèle inadapté au monde complexe des soins et de l'institution. Le Moi s'étant en partie identifié à l'idéal du Moi chez le sujet épuisé, l'adaptation devient laborieuse. L'idéal n'est pas vu comme surhumain mais comme porte de sortie, comme si le sujet épuisé ne pouvait concevoir la réalité autrement que par son prisme. Le décalage grandissant avec l'idéal nourrit l'usure et ses conséquences personnelles. On perçoit une fragilité, un flottement identitaire et des craintes sur l'avenir, une rigidification de la relation aux autres. Le sujet se sent dépourvu de ses artefacts et doit assumer pourquoi il est là, pourquoi il est resté. La mise en sens n'a pas été régulière, se reposant sur la permanence de l'institution, avec la croyance qu'elle pourvoirait à des conditions suffisantes pour maintenir l'image professionnelle de soi. Et en fin de compte, c'est la déception qui l'emporte. Il y a effacement d'une filiation, désagrégation de liens investis, perte d'une image avantageuse, réactivation de problématiques personnelles. C'est la perte de croyance en un monde clair, en un rôle défini, un statut, le renversement d'optiques *a priori* établies et partagées avec d'autres. Ce que le sujet met plus difficilement en sens revient sous forme de troubles, de rigidité, modifiant une relation auparavant vécue d'une manière plus simple. Demeure un profond sentiment de remise en cause de soi, *via* une dimension existentielle qui lui importait, le travail. C'est une rupture progressive vis-à-vis d'un milieu auquel le sujet était attaché, culturellement et affectivement. C'est une logique professionnelle qui s'interrompt, corollaire de la fin des espoirs de l'adolescence, d'un projet de vie, d'efforts consentis, lorsque l'emploi cesse d'être une source de satisfactions renouvelées et devient un fardeau ou lorsque la personne a pris conscience de la faiblesse de ses possibilités d'évolution, dans un sentiment d'être bloqué, confiné. Cette position revêt un repli sur soi au détri-

ment du patient. Ce moment serait signifiant. La révélation qu'un moindre travail, le non respect d'horaire ou de règles professionnelles l'emportent, sont préférables sur ce qui importe pour le patient. C'est un changement de cap, pas un état transitoire comme le sujet en a déjà connu, mais un désengagement à titre de protection. C'est surtout la fin de ce qui a constitué une partie de sa vie, qui va en se répétant, en s'amplifiant en un petit drame intérieur. Cette position du *burnout*, où le sujet sent que la réalité va à l'encontre de son idéal, confirme dorénavant à ses yeux l'impossibilité (avec rigidité et dramatisation) d'un accomplissement dans un tel contexte. Associé à la fatigue, l'impression d'usure, le sujet prend conscience d'un changement, d'une modification de ses rapports, d'une rupture vis-à-vis de ses conceptions antérieures, d'une rupture dans son rôle personnel. Les soignants rapportent cela avec régularité. Ceux qui ne se chronicisent pas dans l'état du *burnout* seraient ceux capables de trouver un nouvel équilibre sans les croyances de départ, de comprendre différemment leurs vécus, de s'autoriser à les penser autrement, plus émancipés qu'aliénés, ne semblant pas avoir peur de se perdre en changeant. Pour les autres, il y a crise face à un passé valorisé, un avenir flou, un présent douloureux.

Épuisement ou désillusion professionnelle ?

Prenons ainsi l'optique non d'une usure, d'un épuisement, trop liés à l'idée de stress, mais d'une désillusion. La large série de facteurs de stress hospitaliers, partiellement responsable du *burnout*, n'explique pas ce parcours vers ce positionnement antithétique de l'idéal ou les variations individuelles. Le couple déception/désillusion traduit mieux l'aspect psychique de ces conséquences du travail dit aidant. Le *burnout* semble pouvoir être compris comme un mouvement de désillusion qui exacerbe l'épuisement, loin d'un paradis perdu, forme résiduelle d'un standard de perfection. C'est une souffrance qui naît des limites sur lesquelles nous butons, nourrie du démenti permanent des illusions de toute-puissance¹⁴. Il rend compte des décalages vécus actuel/aspiration et vécu antérieur de bien-être, mais aussi de la fin d'une certaine innocence envers soi, une remise en question non voulue. Le sujet risque, selon lui, de perdre une part positive de lui-même.

Le soignant sent qu'il a perdu quelque chose, une bonne image de soi, une certaine évidence, mais ne le conçoit guère, ni comme objet perdu, ni dans ses conséquences, d'autant que l'objet antérieurement investi n'est pas

perdu dans la réalité mais semble être devenu défaillant pour étayer le sujet. Un tel sujet a peut-être trop l'idée d'une réussite conventionnelle, stéréotypée, alors même que cette représentation est hors d'atteinte, d'où ces situations paradoxales de sujets encore motivés qui dépriment, de sujets déçus qui gardent leur investissement, de soignants misant sur le retour d'un engagement franc et massif alors même que leurs utopies sont estompées. Ce peuvent être aussi ces soignants crispés sur une vision d'eux-mêmes et des soins, qui ne leur permet plus la liberté psychique de se représenter, de donner un sens différent. Nous sommes proches de ce que De Mijolla-Mellor¹⁵ appelle « *l'effondrement du sol de l'évidence* », la fin d'un rapport qui a pu paraître naturel, dont les secousses ont été longtemps repoussées hors du champ de l'interrogation, amenant le sujet à une position trop éloignée de lui-même, aidé en cela par une idéologie des soins. Son interprétation, fruit de ses investissements antérieurs, lui fait croire que c'est dramatique. Ça l'est pour partie si l'on croit ce qu'il dit ; mais si l'on soupçonne une adaptation, on pourra estimer que c'était bénéfique. Mais quel parcours psychique pour en arriver là, pour finir à l'inverse de ce que le soignant désirait. Certains tentent de se rendre maître de cette déchirure, tels ces théoriciens des soins, parfois dans les instituts de formation, épuisés notables mais qui peuvent discourir à l'infini, ou ces soignants prônant l'activité et la conscience professionnelle, dont ils n'ont que trop perçu leur absence. Ce surinvestissement des mots et des représentations est courant, amenant un aspect grandiloquent dans l'entretien. Des sujets épuisés gardent un plaisir à penser, mais leur pensée sert de pis-aller à un rapport devenu problématique et est employée à intellectualiser à l'excès ou à rationaliser ce qui est devenu une mauvaise distance au patient, immédiat et idéalisé dans le discours, lointain dans la réalité.

Mais il croira toujours qu'il y avait un bien, un normal, et c'est pourquoi il ne débouche pas sur l'absurde existentiel mais sur la honte ou la revendication⁹. Le socle de l'évidence professionnelle perdu, c'est le retour sur soi et la nécessité douloureuse de devoir mettre en sens un environnement complexe, déstabilisant, sans l'idéal de départ. Nous voyons en conséquence le *burnout* comme le résultat d'un parcours personnel principalement lié à la perte de l'idéal professionnel comme moteur, puis à la déception de la vie professionnelle, davantage que comme la conséquence des phénomènes de stress, fréquemment décrite. Ces aléas des formes de l'idéal constituent un malaise du sujet plus que de l'agent en situation de travail, une crise de l'ordre de l'intime.

Hypothèses concernant les adaptations à introduire dans les cursus de formation des professionnels de santé

Les résultats de notre travail permettent, à notre sens, de soutenir plusieurs pistes quant à la réflexion à conduire pour que les dispositifs de formation des professionnels de santé préparent mieux ces derniers à faire des choix plus adéquats, entre les idéaux qu'ils poursuivent et la réalité des ressources disponibles et des contraintes irréductibles, à laquelle ils seront confrontés.

Ils invitent à concevoir les rapports entre *burnout* et idéal de façon plus fine

Si leur lien est intuitif, c'est leur pluralité et leur complexité qui ressortent ici, comme risque, comme posture professionnelle, comme source de réassurance, comme mécanisme de défense, comme difficulté à transformer les idéaux en normes pratiques ou à concevoir la réalité autrement que par le prisme de l'idéal professionnel.

L'utilité d'un travail sur l'idéal professionnel lors des études devient alors très probable, bien qu'elle ne soit pas démontrée dans notre étude

- Il s'agirait d'abord de faire ressortir à la fois l'aspect positif d'un positionnement identitaire mais le risque que cela comporte lorsqu'un tel positionnement est trop rigide ou lorsque qu'il n'est pas source de questionnements. Ce travail peut se concevoir comme un objectif éducatif en soi ou être abordé au travers de questions éthiques, morales ou déontologiques. Ce peut être également une réflexion, en fin de cursus, sur la valeur de l'excellence et des standards de perfection¹². Pour ce faire, l'analyse de cas concrets peut être exploitée pour soutenir l'élaboration de savoirs d'action, différents des savoirs livresques qui entretiennent volontiers la toute-puissance et la mise à distance.

- Il peut aussi être fécond d'initier une réflexion approfondie sur la gestion de la complexité et de l'incertitude, en introduisant à l'écart entre le travail prescrit, qui devrait être produit, et le travail réel, finalement effectué compte tenu des contraintes matérielles, institutionnelles et relationnelles.

- Il s'agirait ensuite de promouvoir un enseignement équilibré, conciliant d'un côté le respect d'une dose d'idéal chez les étudiants (ne pas être désobligeant gratuitement au nom d'un discours se voulant au plus près des réalités et du pragmatisme, etc.) et, de l'autre, l'illustration des limites des mécanismes défensifs d'idéalisation, lorsque l'idéal émerge comme un

rempart contre la honte ou la dépression. A cet égard, il conviendrait de limiter le recours à une approche pédagogique trop empreinte d'imaginaire, de prestige, de donquichottisme (en termes de compréhension, de thérapeutique, de savoirs, etc.), de déni des manques et des limites.

- Il pourrait aussi être judicieux de compléter une information sur les risques professionnels par le recours ultérieur à des groupes de parole, explorant par exemple quelle est l'autonomie dont dispose le sujet vis-à-vis des idéaux professionnels (le futur professionnel a-t-il peur d'un rejet en estimant perdre une posture orthodoxe ? Pense-t-il perdre l'estime qu'il se porte s'il réaménage son système de valeurs ? etc.).

- Compte tenu des processus d'identification qui se développent chez les étudiants et de l'impact puissant reconnu aux modèles de rôle, il serait probablement utile, pour traiter de ces risques professionnels, de solliciter de façon éclectique à la fois des enseignants de la profession à laquelle prépare le cursus de formation et des enseignants issus d'autres catégories professionnelles (psychologues, psychiatres, médecin du travail), en particulier ceux auxquels ils reconnaissent une réussite professionnelle.

Limites de l'étude

La portée de cette étude est néanmoins restreinte. D'une part, elle est limitée d'un point de vue théorique par sa focalisation sur les liens entre idéal et souffrance professionnelle. Si ce point de vue est justifiable, d'autres perspectives rendent compte de la souffrance au travail indépendamment de la personne et de son fonctionnement psychique. Ces théories valorisent, avec des arguments forts, des aspects sociaux, institutionnels, ergonomiques (notamment la charge de travail). Notre approche ne saurait donc constituer ainsi un éclairage unique et elle doit être envisagée dans une perspective plus large.

D'autre part, elle est limitée d'un point de vue méthodologique. Les propositions sont tirées d'une recherche centrée sur la souffrance professionnelle et la plainte de *burnout*, non focalisée sur le problème des suites de l'enseignement. Cela introduit un biais, à tout le moins une optique particulière. De plus, ces propos rapportés *a posteriori* ne permettent pas de savoir si c'est le *burnout* qui conduit à ses représentations ou si c'est le poids de l'idéal qui a conduit à l'épuisement. De même, les propos peuvent être empreints de dédouanement, de revendications, évoquant la formation initiale comme un leurre, loin des réalités, ou comme une vérité à mettre

Recherche et Perspectives

en pratique de façon non ou peu questionnée. Ainsi, notre travail a-t-il approché sur ce point davantage les attributions causales que des déterminants causaux.

Enfin, cette introduction à la problématique enseignement/*burnout* et à la prévention primaire de l'épuisement professionnel mériterait d'être approfondie par

des investigations complémentaires, à la fois par des mesures longitudinales du *burnout* dès les études, avec diverses variables d'ordre psychique ou pédagogique, mais aussi par des mises en perspective de telles données avec les questions issues des travaux, nombreux, conséquents et valides portant sur la sélection des candidats et le choix du métier¹⁶.

Références

1. Barbier D. *Le psychiatre, son idéal du Moi et les processus d'identification*. EMC 1985; 4 :29-32.
2. Truchot D. *L'épuisement professionnel*. Paris : Ed. Dunod, 2004.
3. Freudenberger HJ. *L'épuisement professionnel*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1985.
4. Hart J, Mucchielli A. *Soigner l'hôpital*. Paris : Ed. Lamarre, 1994.
5. Arcand M, Brissette L. *Prévenir l'épuisement en relation d'aide : démarche, formation et animation*. Boucherville : Gaëtan Morin, 1994.
6. Grebert P. *Les soignants s'épuisent... mais le burn-out existe-t'il ?* *L'information psychiatrique* 1992;8:803-8.
7. Aubert N, de Gaulejac V. *Le coût de l'excellence*. Paris : Editions du Seuil, 1991.
8. Molinier P. *Féminité et entrée dans le monde du travail*. *Adolescence* 1996;14,2:49-54.
9. Daloz L, Bénony H. *Le sujet en état d'épuisement professionnel, approche clinique sur une population de soignants*. Sous presse in : *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement* 2007.
10. Fustier P. *Le travail d'équipe en institution : clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Dunod, 1999.
11. Freud S. *Deuil et mélancolie*. In : *Métapsychologie*. Paris : Gallimard, 1968;1915:145-71.
12. Fedewa BA, Burns LR, Gomez AA. *Positive and negative perfectionism and the shame/guilt distinction : adaptative and maladaptative characteristics*. *Personality and Individual Differences* 2005;38,7:1609-19.
13. Sapir M. *Trouble fonctionnel ou trouble de la relation ?* *Revue de Médecine Psychosomatique* 1979;21,4:417-34.
14. Morasz L. *Le soignant face à la souffrance*. Paris : Dunod, 1999.
15. Mijolla-Mellor de S. *Le plaisir de pensée*. Paris : PUF, 1992.
16. Tokar DM, Fischer AR, Mezydlo Subich L. *Personality and vocational behaviour : A selective review of the literature, 1993-1997*. *Journal of Vocational Behavior* 1998;53:115-53.

Manuscrit reçu le 12 septembre 2006; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 9 février 2007 ; accepté pour publication le 10 avril 2007.