

Manifestations cliniques du “burn out” chez les médecins Clinical manifestations of burnout in physicians

Léon M. Larouche

Volume 10, Number 2, November 1985

Santé mentale et travail

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/030302ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/030302ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Larouche, L. M. (1985). Manifestations cliniques du “burn out” chez les médecins. *Santé mentale au Québec*, 10(2), 145–150.
<https://doi.org/10.7202/030302ar>

Article abstract

In this article, the author outlines the characteristics of “burn out”. A short historical concept is presented and defined through its phases, clinical symptoms, etiology and treatment. Throughout his article, the author supports his thesis with drawn examples from the medical profession.

Manifestations cliniques du «burn out» chez les médecins

Léon M. Larouche*

Dans cet article, l'auteur délimite les caractéristiques du burn out. Pour ce faire, il fait un court historique du concept pour ensuite le définir par ses phases, ses symptômes cliniques, son étiologie et son traitement. Tout au long du texte, l'auteur appuiera ses dires sur des exemples tirés de la profession médicale.

HISTORIQUE

La notion de «burn out» s'est imposée il y a environ dix ans, surtout ici en Amérique du Nord, grâce aux ouvrages de Hubert Freudenberg (1974, 1982). Il va sans dire que le phénomène du «burn out» existe depuis que l'homme travaille, et qu'il a reçu diverses appellations à travers les époques. En psychiatrie, le terme de «burn out» fut employé durant des décennies pour décrire l'état terminal d'apathie et de démoralisation observé chez certains schizophrènes chroniques: il s'agit ni plus ni moins d'une mort sociale. Progressivement, la notion fut appliquée aussi au personnel soignant qui présentait aussi des signes de fatigue chronique, d'épuisement et de démoralisation. C'est surtout dans le domaine des services de santé que le phénomène se manifesta avec le plus d'ampleur et c'est dans ce domaine qu'émergèrent les chercheurs capables d'identifier et de décrire le syndrome. Le Dr Freudenberg lui-même puisa dans son expérience d'épuisement professionnel alors qu'il travaillait avec un groupe de drogués à New York, dans les années 60, pour élaborer ses observations pénétrantes sur le «burn out» ou «brûlure interne» (Freudenberg, 1974).

Plusieurs autres auteurs ont publié sur le sujet, de sorte qu'il est presque devenu une mode de parler de son «burn out» ou du «burn out» de son institution. Aucun champ professionnel ne semble à l'abri de cette contagion: même les vétérinaires se plaignent d'en être frappés (Stockner, 1981). En fait, il appert que tout travailleur est susceptible d'être vic-

time de «burn out» au cours de sa carrière, selon Edelwich et Brodsky (1980).

DÉLIMITATIONS DU TERME

Au cours des âges, le phénomène fut décrit sous d'autres appellations. Durant les première et deuxième guerres mondiales, on parle de la «fatigue du combat» qui, sous plusieurs aspects, recouvrait le tableau clinique du «burn out». De même, la «neurosthénie», telle que décrite par George Miller Beard, en 1869 (in Freedman et Kaplan, 1967), chez les névrosés chroniques, ressemble, sous bien des points, au syndrome du «burn out». Enfin, plus récemment, le monde des affaires adoptait un terme élégant pour cerner, à sa façon, le phénomène du «burn out»: on parle de «executive stress syndrome», soit littéralement le «syndrome du cadre stressé». D'autres appellations sont utilisées, telles que «syndrome de démoralisation» ou «dépression occupationnelle», mais l'expression qui semble faire vraiment l'unanimité est celle de «syndrome d'épuisement professionnel» (Crombey *et al.*, 1985).

DÉFINITION

La définition que la plupart des auteurs donnent du «burn out», ou syndrome d'épuisement professionnel, regroupe généralement les éléments suivants: il s'agit d'un état d'épuisement général, à la fois physique, émotionnel et mental, avec dévalorisation massive de sa compétence et diminution importante du rendement, associé à des conditions difficiles de travail, sur de longues périodes. Il s'agit alors du syndrome dans sa phase installée, aiguë.

* L'auteur, m.d., est psychiatre à la clinique externe St-Laurent du pavillon Albert-Prévost.

PHASES

Le syndrome comporte différents degrés d'intensité. Il suit une sorte de progression étalée sur des mois ou même des années; il peut parfois s'arrêter de rétrograder, selon les conditions ou les dispositions du travailleur. Plusieurs descriptions ou gradations des phases du «burn out» ont été proposées: retenons celle d'Edelwich et Brodsky pour sa simplicité et son élégance (1980).

Le professionnel concerné ici, en l'occurrence le médecin, passerait donc par quatre phases successives. D'abord, il vit la *phase d'enthousiasme* où tout est beau. Il est plein d'énergie, il a de grands idéaux, il va transformer le monde, il va changer les patients, en guérir plusieurs, sinon tous. Il travaille beaucoup, se donne presque entièrement à son travail, qui constitue sa source de gratification première.

Puis apparaît la *phase de stagnation*: le médecin commence à s'essouffler, les choses ne se passent pas comme prévues, les patients ne changent pas vite, l'administration ne coopère pas assez, les demandes de soins ne diminuent pas. Il décide de consacrer plus de temps à son travail, plus d'énergie, plus d'efforts. Et pourtant, ce surinvestissement ne produit pas les résultats escomptés: il se traduit plutôt par des troubles de santé. Il dort moins bien, est plus tendu, se sent moins près des siens, de son conjoint et de ses enfants, sa vie familiale ou intime s'en trouve appauvrie.

Alors, progressivement s'installe la *phase de désillusion, de frustration*. Le médecin en cause commence à se questionner sur la valeur de son travail: «Ça sert à quoi? Est-ce que ça en vaut vraiment la peine?» Il commence à douter de lui, à douter de son jugement et de ses capacités: se serait-il trompé, serait-il en train de faire fausse route? Les patients deviennent de plus en plus lourds à tolérer, le personnel n'offre pas l'appui désiré, les patients sont perçus comme ingrats et ennuyeux, même les confrères semblent manquer de respect professionnel. Le médecin, de plus en plus dévalorisé, se sent mal à la maison et tout l'irrite: il ne jouit plus de la considération d'antan. Puis il se met à souffrir de problèmes de santé, qu'il tente de traiter lui-même, maladroitement. Souvent à cette phase, le médecin ou psychiatre utilise des médicaments ou de l'alcool pour s'autotrainer, pour essayer de «re-

monter la côte» (l'Association médicale américaine estimait récemment qu'environ 10% des médecins ont des problèmes d'alcool). Malheureusement, ces mesures n'ont pour effet souvent que d'accélérer le processus qui suit.

La *phase d'apathie et de démoralisation*: le candidat sur la voie du «burn out» se sent alors nettement dépassé, incompetent; il tente d'éviter les patients, le personnel, continue de travailler seulement parce qu'il a besoin d'un revenu pour subsister, mais ne croit plus aucunement en son travail. Il vit alors comme «en sursis», déteste son travail, arrive en retard, manque des rendez-vous, néglige ses dossiers, sa formation professionnelle; c'est l'impasse, le désespoir. Il veut tout lâcher, il songe au suicide. Cet état, s'il se prolonge peut sans doute conduire à une dépression majeure classique. À cette phase, l'individu «brûlé» a besoin de soins spécialisés.

TABLEAU CLINIQUE

Nous pouvons regrouper, selon divers aspects, l'ensemble des signes et symptômes du «burn out» en phase plus ou moins installée, soit les aspects suivants: comportementaux, somatiques, émotionnels, cognitifs.

Parmi les signes et symptômes comportementaux, on pourra noter chez le professionnel un désintérêt de plus en plus accentué pour son travail, une appréhension devant les responsabilités professionnelles avec évitement, retards, absences subites et non planifiées. Au travail même, le médecin en cause pourra présenter des signes évidents de relâchement vestimentaire et hygiénique, un manque de professionnalisme gênant avec, éventuellement, des signes d'abus de médicaments ou d'alcool.

Parmi les symptômes somatiques, le sujet en voie d'épuisement présentera des signes de fatigue, de tension chronique, des douleurs variables, des troubles du sommeil (chacune des phases du sommeil peut être affectée). Aussi, selon ses prédispositions particulières, il pourra présenter des signes et symptômes affectant l'un ou plusieurs des sous-systèmes neuro-végétatifs, tels le système cardiovasculaire, le système digestif, le système génito-urinaire, le système cutané, etc.

Parmi les signes et symptômes de la sphère émotionnelle-affective, le professionnel pourra pré-

senter de l'irritabilité, des sautes d'humeur, de la tristesse allant même jusqu'au désespoir, avec des idées suicidaires, de l'apathie et un profond sentiment d'insatisfaction et de douleur morale. L'affect pourra aussi prendre des colorations de méfiance, de distanciation interpersonnelle, de cynisme même à l'endroit des patients chroniques démunis: il pourra parler d'eux en termes de «scèneux», de «sang-sues», de «parasites», etc. Le professionnel pourra aussi exprimer son profond sentiment de frustration en blâmant les autres, l'administration, le système. Ses proches et sa famille n'échapperont pas non plus à cet appauvrissement affectif: les relations avec le conjoint ou les amis intimes deviennent difficiles, tendues, insatisfaisantes. Ce n'est plus comme avant, la relation se détériore et le conjoint passe aussi par ses phases de désillusionnement devant le partenaire qui s'isole, qui est de moins en moins présent et qui devient moins aimant et moins aimable. Cette situation pourra facilement conduire à une séparation ou un divorce, si les mesures appropriées ne sont pas prises à temps.

Enfin, parmi les signes et symptômes cognitifs, le professionnel en voie d'épuisement présentera des troubles d'attention, de concentration, de mémoire et même de jugement: son fonctionnement mental est globalement diminué, ce qui se répercute directement sur son rendement professionnel. De façon plus particulière, le professionnel qui vit cet état, en vient à se dévaloriser lui-même au point qu'il craint d'être plus nuisible qu'utile pour certains patients. Comme le disent si bien John De Figuerido et Jérôme Frank (1972), le sentiment profond d'incompétence signe le stade clinique de la démoralisation chez le professionnel épuisé.

CAUSES

Nous pouvons regrouper les divers facteurs contribuant au «burn out» ou au syndrome d'épuisement professionnel sous deux grandes catégories:

- les causes extérieures reliées au travail;
- les causes intérieures reliées à la personne.

a) Parmi les causes extérieures reliées au travail, nous pouvons distinguer entre la présence de conditions négatives dans l'organisation du travail et l'absence de conditions positives dans l'organisation du travail; cette distinction faite par Pines et Kanner

(1982) permet une analyse plus serrée des facteurs en cause.

Comme conditions négatives dans le travail ou dans l'organisation même du travail, nous retrouvons invariablement:

- une demande continue de services, de soins, à des personnes atteintes de façon grave et/ou chronique, par exemple les malades mentaux, les cancéreux, les personnes âgées, les déficients mentaux, les criminels dangereux, etc.; cette demande constitue un stress continu, prolongé, qui met à l'épreuve les mécanismes d'adaptation du professionnel concerné et suscite des contre-transferts épuisants...
- une organisation déficiente du travail, avec conflits de rôle, querelles administratives, dangers physiques, patrons oppresseurs, pressions syndicales, discrimination, poursuites judiciaires, insultes, diminution du statut social du médecin, etc.

Comme conditions positives manquantes, soulignons l'absence d'une clientèle gratifiante, l'absence de guérison rapide, le manque de soutien administratif pour fournir un système de valorisation efficace et un système de participation des travailleurs aux destinées de l'organisation; le manque de communication claire des objectifs choisis conjointement, etc.

b) Parmi les causes intérieures reliées à la personne, nous pouvons encore une fois distinguer entre la vulnérabilité personnelle au «burn out» et l'absence de ressourcement affectif et personnel adéquat.

Pour ce qui est de la vulnérabilité personnelle au «burn out», de nombreuses études font mention de la personnalité particulière du futur «brûlé professionnel». Il semble que le jeune professionnel en cause a une «vision idéaliste» de son travail, mal adaptée aux dures réalités de la pratique (Dato (1982); Freudenberger (1974); Edelwich et Brodsky (1980); Pines et Kanner (1982)) Il s'agirait d'une forme d'idéal du moi, acquise auprès de parents particulièrement exigeants pour leur enfant. Le jeune médecin insécuré serait particulièrement vulnérable au stress chronique, au «burn out», à cause de son besoin excessif d'être utile, valorisé, apprécié, aimé au travail. Nous savons tous que pour être médecin déjà, il faut une bonne dose de compulsivité et

d'idéalisme, une sensibilité particulière à la misère humaine. Mais ces qualités poussées à l'excès, pourraient-elles devenir des handicaps à une carrière réussie et augmenter la propension à développer un épuisement professionnel?

Comme autres causes reliées à la personne, notons l'absence en général d'un réseau affectif et social adéquat chez le professionnel épuisé. En effet, le médecin en voie d'épuisement ne s'accorde ni repos, ni loisirs, ni soins corporels; il consacre peu de temps à l'affection de ses proches, de ses enfants; il néglige de se recréer avec les amis, de prendre des vacances, etc. Par contre, on pourra arguer ici qu'il s'agit de l'effet plutôt que la cause. Les choses ne sont pas si simples: comme le soulignent certains auteurs (Vincent, (1983); Burrows (1980); Halenar (1981); MacBride (1983); Meyer (1979) et Mc Cue (1982)), la façon dont le médecin gère sa vie privée, sa vie familiale et sa vie sociale, contribue de façon significative à l'épuisement ou au ressourcement de ses énergies.

Dans ce sens, le «burn out» pourrait être conçu quoique de façon partielle et incomplète, comme une faille dans la gestion des énergies personnelles...

Mentionnons ici le cas particulier de la femme médecin qui doit gérer deux tâches, trouver un équilibre entre ses rôles d'épouse, de mère, de professionnelle et souvent d'administratrice du budget. De plus, si elle est psychiatre, elle devra faire face aux stress inhérents à la psychiatrie, soit: affronter des malades chroniques qui nourrissent des attentes irréalistes à l'égard du spécialiste; elle devra aussi faire face aux résultats souvent incertains de ses thérapies, analyser ses propres contre-transferts, maintenir ses compétences dans un domaine en évolution constante, compétitionner avec d'autres spécialistes qui ne sont pas toujours très sympathiques aux approches psychiatriques. Et pour compliquer encore plus la situation, elle devra souvent faire le deuil de relations établies depuis plusieurs années, avec des patients et patientes qui sont devenu(e)s pour elle des êtres uniques et intimes. Avouons que la tâche comporte toutes les complexités des relations humaines.

TRAITEMENT

Heureusement, le «burn out» est réversible et ré-

pond assez bien à des mesures thérapeutiques à long terme. Avant de prendre les mesures appropriées pour traiter son «burn out», il faut savoir le reconnaître et l'admettre. Ce n'est pas toujours facile et les faux-fuyants sont nombreux: alcool, drogues, libertinage, pratiques douteuses, «fuite dans les affaires sans préparation adéquate», etc.

Une fois reconnu, le syndrome d'épuisement professionnel commande des actions concrètes portant principalement sur deux fronts: soit des mesures reliées au secteur travail, c'est-à-dire à la vie professionnelle; soit des mesures reliées aux secteurs personnels, c'est-à-dire à la vie privée, familiale et sociale. Essentiellement, le traitement visera — si on me permet une métaphore économique —, à développer un nouvel équilibre dynamique entre les «dépenses», c'est-à-dire la production de soins professionnels, et les «revenus» c'est-à-dire les ressourcements professionnels et personnels.

Autrement dit, à l'inverse des traitements d'obésité où l'on coupe les apports caloriques et augmente les dépenses énergétiques, tout en aidant la personne à changer son image d'elle-même, dans les cas de «burn out», on rationalise ou diminue un rendement professionnel *excessif* ou *erratique*, et l'on augmente l'approvisionnement en gratifications personnelles, tout en aidant le médecin épuisé à modifier son image de lui-même.

La gamme des solutions possibles s'étend des changements de travail ou de conditions au travail, jusqu'aux changements personnels, superficiels ou profonds, avec la possibilité d'une psychothérapie exploratoire, ce que Michael Lauderdale (1982) appelle le «voyage intérieur».

Cependant, une approche systématique examinera chacun des quatre secteurs déjà cités.

D'abord, sur le plan du travail, le médecin épuisé devra réviser son horaire, les genres de clientèles qu'il traite, réviser aussi sa définition de lui-même comme thérapeute. Malgré tout le zèle qu'il peut déployer, il y aura toujours de la souffrance, de la maladie et de la mort. Le psychiatre, pour se protéger et tenir le coup, devra établir une distance optimale entre lui et ses patients. Freudenberg par- le de «sollicitude détachée»...

Entre autre, le médecin devra établir des relations d'entraide avec ses confrères pour constituer une forme de réseau de soutien, d'échange, de camarade-

rie, où on peut déjouer ses frustrations professionnelles. Il s'assurera aussi du renouvellement régulier de ses compétences par des lectures, des rencontres, des journées scientifiques. Il participera à la vie de son association professionnelle pour améliorer les conditions collectives de travail. Enfin, dans ses rapports avec l'administration ou l'employeur, le médecin psychiatre tentera d'établir un lien de collaboration, de participation aux décisions de l'institution, pour aller chercher le soutien administratif nécessaire à une pratique saine et gratifiante.

D'autres mesures organisationnelles peuvent faire l'objet de représentations syndicales en bonne et due forme.

Sur le plan personnel, le médecin épuisé doit sérieusement faire le point et réorganiser ses ordres de priorité. Devant son impasse professionnelle, il y a lieu pour lui de se demander en quoi sa vision personnelle du travail y a contribué. Comment peut-il redéfinir son travail pour laisser une place plus importante à sa vie privée, familiale, sociale? Freudenberg (1982) propose une «renaissance avec soi-même», avec son vrai moi comme point de départ de ce renouveau. La crise a été provoquée en partie par une négligence de ses vrais besoins; il faut revenir au point de départ, rétablir une présence à soi dans une intimité chaleureuse avec soi-même. Il ne s'agit pas d'une démarche narcissique stérile, mais du retour à une authenticité négligée. Comme nous l'avons déjà mentionné, un idéal du moi qui pousse à un zèle excessif a pour effet d'aliéner la personne de ses vrais besoins affectifs et peut conduire à l'épuisement. Le «futur brûlé» présente habituellement une attitude dure, exigeante envers lui-même. Il manque de douceur, de tendresse pour sa personne, pour ses besoins. Le drame du «burn out» vécu, assumé, intégré peut apporter cette renaissance personnelle, cette réunion, cette prise en charge personnelle avec des répercussions à bien des niveaux. Le professionnel renouvelé prendra meilleur soin de sa santé, de son corps, de son alimentation, de son sommeil. Il s'assurera des périodes de repos, de relaxation, de vacances; il sera plus sensible à ses limites, à sa fatigue. Il veillera à développer des compétences dans d'autres domaines que la médecine ou la psychiatrie. Il s'adonnera à des activités créatives où tout son être peut se développer, s'exprimer, comme la danse, la musique, la peinture,

l'alpinisme, etc. Il se rapprochera de la nature, se réconciliera avec la solitude, une solitude pleine de paix, de calme et de sérénité.

Dans sa vie familiale, le professionnel qui vit un «burn out» a un grand ménage à faire. Il a souvent négligé sa femme (ou son époux), ses enfants, ses parents, ses amis. Dans une enquête faite auprès de plus de 700 médecins canadiens (Enquête, 1981), il est mentionné que les médecins les plus heureux sont ceux qui passent le plus grand nombre d'heures avec leur famille, qui prennent le plus de vacances et qui ont une vie intérieure intense. Autrement dit, dans leur échelle de valeurs, les médecins qui sont contents de leur vie professionnelle sont ceux qui valorisent beaucoup les liens affectifs intimes. Il y a lieu de se demander si le «burn out» serait possible chez un professionnel qui maintiendrait un réseau affectif riche? La meilleure garantie contre le «burn out» ne serait-elle pas, justement, une vie affective intime et intense?

Enfin, comme autre secteur où des mesures peuvent être prises pour dépasser le «burn out», mentionnons le secteur de la vie sociale: avoir et maintenir des liens amicaux, oeuvrer dans des groupes ou associations non professionnelles peuvent apporter des gratifications importantes au médecin en quête de renouvellement. Cette récréation dans les loisirs, les arts, les sports, les activités sociales, est essentielle pour la santé globale. Cette implication dans la société, dans un ensemble plus grand que soi, remplit un besoin fondamental d'appartenance où nous sommes à la fois partie prenante et partie donnanter. Cette vision globale d'appartenance redonnera un sens au professionnel blasé, épuisé, désabusé... et lui permettra de reprendre une place, *sa place* dans l'ensemble humain.

CONCLUSION

En guise de conclusion, nous pouvons nous demander si le «burn out» est un mythe, une mode, une nouvelle appellation de la dépression, une faille de l'estime de soi ou une maladie? S'agit-il d'un syndrome clinique spécifique? Le Dr Grantham (1985) ne croit pas qu'il faille lui reconnaître le statut de maladie industrielle ou occupationnelle, mais le classe plutôt dans les «troubles d'adaptation, avec inhibition au travail» (309.23), tel que décrit dans

le DSM III. Par contre, le «burn out» dans sa forme grave, avec tous les signes et symptômes de l'état dépressif, constitue une dépression majeure et devra être traité comme tel.

RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1978, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington D.C., APA, DSM III Draft, third printing.
- BURROWS, T., 1980, Stress and the medical profession, *Canadian Doctors*, séries I, II, III.
- CROMBEY, J.C., et al., 1985, Le burn out ou syndrome d'épuisement professionnel, *L'union médicale du Canada*, tome 114, mars, 176-181.
- DATO, D., 1982, Le burn out dans les affaires, *Stress*, 3, n° 1.
- DE FIGUERIDO, J., FRANK, J., 1982, Subjective incompetence, the clinical hall-work of demoralization, *Comprehensive Psychiatry*, 23, n° 4, 353-363.
- EDELWICH, F., BRODSKY, A., 1980, *Burn out, Stages of Desillusionment in the Helping Professions*, Human Services Press.
- ENQUÊTE CANADIENNE SUR LA VIE PRIVÉE DES MÉDECINS, 1981, *Physicians Management Manual*, mai.
- FREEDMAN, A.M., KAPLAN, H.I., 1967, *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Baltimore, Williams and Wilkins Co., 1164.
- FREUDENBERGER, H., 1974, Staff burn-out, *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- FREUDENBERGER, H., 1982, *La brûlure interne, le prix élevé du succès*, Edi-Compo inc.
- GRANTHAM, H., 1985, Burn out or not burn out?, *Le courrier médical*, 26, mars, 27.
- HALENAR, J., 1981, Doctors don't have to burn out, *Medical Economics*, octobre.
- LAUDERDALE, M., 1982, *Strategies for Personal and Organizational Life*, Speculations on evolving paradigms, Learning concepts, University Associates, Austin, Texas, 331.
- MACBRIDE, A., 1983, La dépression d'épuisement: phénomène possible? probable? évitable? *Santé mentale au Canada*, 31, n° 1.
- MCCUE, J., 1982, The effects of stress on physicians and their medical practice, *The New England Journal of Medicine*, 306, n° 8, 458-463.
- MEYER, K., 1979, Taking issue with some "staff burn-out" concepts, *Hosp. Community Psychiatry*, 30, n° 12, 854.
- PINES, A., KANNER, A.D., 1982, Nurses burnout: lack of positive conditions and presence of negative conditions as two independent sources of stress, *Journal of Psychosoc. Nurs. Mental Health Serv.*, 20, n° 8, 30-35.
- STOCKNER, P.K., 1981, Burnout: yes it also happens to veterinarians, *Mod. Vet. Pract.*, 62, n° 10, 751-755.
- VINCENT, M., 1983, Some sequelae of stress in physicians, *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 8, n° 3, 120-124.

SUMMARY

In this article, the author outlines the characteristics of "burn out". A short historical concept is presented and defined through its phases, clinical symptoms, etiology and treatment. Throughout his article, the author supports his thesis with drawn examples from the medical profession.