

# APPROCHE INTEGRATIVE DE L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL DU PERSONNEL SOIGNANT. VULNERABILITE, STRATEGIE DE COPING ET PISTES DE PREVENTION

**Julie Fluhr, Olivier Remy & Vincent Grosjean**

Chercheurs,

I.N.R.S. Département Homme au Travail

Thématique Santé et Bien-être au Travail

INRS

Rue du Morvan - CS 60027

54519 Vandoeuvre Les Nancy Cedex

Vincent.grosjean@inrs.fr

## **Résumé**

Les RPS peuvent être approchés par bien des aspects, allant de l'appréciation subjective des travailleurs à la mesure de paramètres physiologiques, en passant par la dégradation de la performance. L'approche décrite ici se veut intégrative, elle comporte outre un questionnaire de coping, une mesure de la réactivité électrodermale et un test de prise de décision. L'intérêt de ce choix méthodologique pourrait être de montrer en quoi l'adoption d'une stratégie de coping particulière entraîne à terme une dégradation de la performance cognitive et de la réactivité émotionnelle. En termes de vulnérabilité individuelle - le thème spécifique de ce symposium - on se situe à un niveau singulier : on peut d'un côté défendre l'idée que la personne n'a pas le choix de son mode de réaction, de son émotivité, mais on peut à l'inverse estimer qu'il est possible d'infléchir au niveau collectif les stratégies mises en place. Les ouvertures de telles études en termes de prévention seront discutées.

Mots-clés: épuisement professionnel, personnel de soin, marqueurs somatiques

## **Cadre théorique**

Le champ des risques psychosociaux (RPS) est de plus en plus au centre des préoccupations des différentes disciplines s'intéressant au travail et à l'activité. Qu'elles visent la construction de démarches de prévention ou le développement d'une meilleure connaissance des phénomènes délétères, les démarches proposées par les grands organismes (INRS, l'OMS, différentes structures de la commission européenne) sont très majoritairement construites sur la base de questionnaires, dans une logique épidémiologique ou psychométrique. Les modèles théoriques qui en découlent sont évidemment contraints par les spécificités de ces modes d'approches. Ces travaux ont permis l'émergence de nombre de concepts situés à un niveau intermédiaire entre d'une part des éléments amont du processus aboutissant à l'atteinte psychosociale, éléments souvent liés à l'organisation du travail et d'autre part des éléments situés du côté des conséquences en termes de santé, de bien-être, voire de dégradation d'indicateurs relatifs aux ressources humaines. La justice organisationnelle, le contrat psychologique, le locus of contrôle en sont quelques exemples. En dépit des intentions affichées par les modèles théoriques sous-jacents, interactionnistes (Karasek & Theorell, 1990), ou transactionnels<sup>1</sup> par exemple, nous pensons que ces outils pourraient être complétés par des approches inspirées de l'ergonomie (analyse de l'activité) mais aussi de la psychologie ergonomique

---

<sup>1</sup> Ces modèles postulent que ce n'est pas l'intensité du stressor qui explique l'intensité de la réponse, mais la signification que l'individu donne au stimulus dans son évaluation de la situation (Lazarus et Folkman, 1984).

(Grosjean, Raufaste & Giboin, 2003). Un des avantages de cette dernière discipline serait qu'elle amène à se pencher sur le détail de mécanismes psychologiques qui conduisent à la décompensation, et, dans ce cas des RPS, en interrogeant à la fois les aspects cognitifs (prise de décision) et émotionnels.

C'est dans ce cadre qu'une définition des risques psychosociaux a été proposée par Lancry, Grosjean et Parmentier (2008). Les RPS ne peuvent se définir ni par leurs causes (de l'organisation aux facteurs individuels) ni par leurs conséquences (de la décompensation psychique aux conduites addictives en passant par une plus grande susceptibilité aux infections). Le facteur retenu pour définir ces risques dans la communication que nous venons d'évoquer tient au fait que ces risques ne s'appuient plus sur la simple probabilité d'exposition à un danger externe, mais sur la représentation que se font les individus de la situation et de leur capacité à la gérer. Cette transition par la subjectivité s'appuie sur le sens (ou absence de sens) que le salarié attribue à son environnement ou à ce qui lui arrive, sens qui va se traduire par des réactions émotionnelles qui pourront éventuellement déboucher sur des atteintes physiques ou psychiques, en fonction de leur intensité, de leur répétition au fil du temps, mais également de stratégies (dites de coping) qu'il va mettre en place pour y répondre. Cette activité d'attribution de sens est irrépressible, non délibérée ; il est relativement peu efficace de vouloir faire appel à la raison pour contrer ses effets délétères.

Ainsi, un objectif des travaux poursuivis par la psychologie ergonomique pourrait consister à contribuer à une connaissance plus fine du processus menant à la décompensation, ou encore à mettre en évidence des particularités du fonctionnement cognitif lorsque les salariés parviennent à faire face à la situation et à le comparer à ce qui se passe lors d'évolution vers une rupture catastrophique. La circularité des causes, le poids de certaines stratégies individuelles pourraient plus facilement être mis en évidence avec des paradigmes issus de nos disciplines qu'avec d'autres outils mieux adaptés au diagnostic des situations collectives qu'à la description fine ou qu'à l'explication.

La démarche que nous allons présenter dans le cadre de ce symposium s'inscrit dans cette perspective. Elle illustre les possibilités pour la psychologie ergonomique de prendre appui sur des aspects multidisciplinaires pour mieux comprendre les mécanismes en œuvre lors de certaines évolutions pathologiques et pour permettre ainsi d'envisager sous d'autres angles la transformation du travail, objectif privilégié de l'ergonomie.

Nous sommes partis d'interrogations relatives au phénomène d'épuisement professionnel chez le personnel soignant, un risque psychosocial identifié voilà plus de trente ans (Freudenberger, 1974; Maslach & Jackson, 1981a). L'épuisement est décrit classiquement comme une dérive pathologique touchant jusqu'à 25 % de ces professionnels (Delbrouck, 2003) et classiquement caractérisé par trois symptômes : une fatigue émotionnelle extrême, la dépersonnalisation des rapports humains et une atteinte à l'estime de soi.

Dans le cas du personnel de soin, plusieurs auteurs considèrent que les stratégies de coping centrées sur la mise à distance émotionnelle, culturellement et collectivement favorisées, amorcent un cycle de dégradation touchant à la performance, à l'estime de soi et à des tensions avec l'environnement aboutissant au syndrome d'épuisement. Le terme d'alexithymie est utilisé par certains auteurs (Pronost & Tap, 1996; Pronost, 2001). pour qualifier cette stratégie. Il y aurait donc une vulnérabilité plus importante chez les sujets qui développent de telles stratégies par rapport à leurs collègues ayant une réaction différente (Golembiewski, Munzenrider & Stevenson, 1986), pour quelque raison que ce soit. Une voie de prévention envisageable, si cette hypothèse était confirmée, pourraient être de mettre en avant des stratégies alternatives non spontanément mise en œuvre par certaines personnes. C'est d'ailleurs une voie d'action prônée dans certaines conceptions

d'inspiration cognitivo-comportementales. On pourrait donc aider les salariés à substituer une stratégie qui accroît leur vulnérabilité par une autre qui favoriserait la résistance, voire la résilience face aux situations potentiellement traumatogènes. Ces différents termes seront présentés plus en détail dans le cadre de la conférence organisée par la SELF, précisément ciblée sur la résilience.

Par ailleurs, les travaux de Damasio et Bechara (Damasio, 1994; Bechara, 2004; Bechara, Damasio & Damasio, 2000) sur le rapport entre prise de décision et émotion ont souligné que la réactivité émotionnelle était un sous-bassement nécessaire aux prises de décision efficaces. Au-delà des effets émotionnels (directs) il paraît cohérent de s'intéresser aux effets plus strictement cognitifs de l'épuisement professionnel. Le thème des liens émotion-cognition serait ainsi revisité, ce qui permettrait de donner un autre éclairage sur la thématique, traditionnelle en ergonomie, de l'erreur humaine (De Keyser, 2002, Marc et Grosjean, à paraître).

Suite aux travaux de Bechara et Damasio sur le modèle des marqueurs somatiques, des chercheurs de l'Université de Louvain attestent chez des patients alexithymiques (pour des raisons non liées au travail), qu'une rupture avec la perception de ses propres émotions apparaît en concomitance à une dégradation de la performance dans une tâche cognitive. Vulnérabilité psychique et stratégie de coping sont donc reliées avec une autre forme de vulnérabilité, la susceptibilité à commettre des erreurs, à ne pas adopter une décision optimale ou à la découvrir et donc à l'appliquer tardivement.

Pour tester ces hypothèses dans le cadre du personnel soignant, nous avons mis au point un protocole expérimental qui fait le lien entre cette hypothèse des marqueurs somatiques et la question de l'épuisement professionnel chez les professionnels du soin. Nous avons cherché à mettre en évidence un lien entre niveau d'épuisement professionnel, réactivité émotionnelle (sur le plan physiologique) et performance cognitive en fonction de la stratégie de coping développée.

## **Méthodologie**

**Sujets.** Un échantillon de 41 infirmier(e)s (70,5 % de femmes) d'une moyenne d'âge de 40,5 ans (Ecart-Type 11,2 ans) a participé à l'étude. Tous étaient volontaires et ont été recrutés par une lettre d'information affichée dans les différents services de deux établissements de soins de la région Lorraine.

**Instruments de mesure.** Notre protocole expérimental se veut avant tout intégratif. Il articule des instruments à valeur subjective relevant du champ de la psychologie et des mesures objectives intégrant des données cognitivo-comportementales et physiologiques.

- *Les évaluations psychologiques.* Deux auto-questionnaires ont été administrés aux sujets. Le Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey (Maslach & Jackson, 1981a) a été utilisé pour mesurer l'état d'épuisement professionnel perçu par le sujet lui-même, notamment dans sa dimension émotionnelle. Le type de stratégie d'adaptation utilisée par le travailleur pour faire face au stress a été évalué par l'Echelle Toulousaine de Coping (Esparbès, Sordes, & Tap, 1993).

- *La tâche cognitivo-comportementale.* Nous avons créé et utilisé une version informatisée française de l'Iowa Gambling Task (IGT) (Bechara, Damasio, Damasio, & Anderson, 1994), également connu sous le nom de Test du Casino. Les sujets ont été soumis à la passation de l'IGT afin d'évaluer leur niveau de performance cognitive en termes de prise de décision.

- *Les enregistrements physiologiques.* Notre but étant de vérifier l'existence de corrélations entre le niveau d'épuisement émotionnel attesté par le questionnaire MBI-HSS et les performances cognitives et émotionnelles, nous avons couplé l'IGT à deux mesures

physiologiques non invasives et indolores. Les enregistrements de la variation de la fréquence cardiaque et de l'activité électrodermale des participants au cours de l'IGT nous ont permis de suivre en temps réel leur état émotionnel et d'attester de la présence ou de l'absence de réactions émotionnelles avant et après une prise de décision.

## Résultats

Les données ont été récoltées en février- mars 2010. Les analyses étaient en cours au moment où cette communication a été soumise. Les résultats pourront être présentés lors du symposium.

## Conclusions

Les conclusions en termes de prévention seront présentées. Ils devraient porter, si les hypothèses sont confirmées, sur la mise en débat des marges de manœuvre des salariés, ici le personnel infirmier, quant aux stratégies de coping et sur l'influence des normes collectives et culturelles qui s'y rapportent. La vulnérabilité, loin de conduire à une stigmatisation des individus considérés comme les plus faibles, peut sous cet angle conduire à une réflexion sur le fonctionnement collectif et sur les actions à mettre en œuvre pour préserver le bien-être dans des contextes qu'on peut considérer comme intrinsèquement stressants parce qu'impliquant pour ceux qui l'exercent un contact quotidien avec la souffrance et la maladie dans un environnement de travail confronté à de multiples mutations organisationnelles.

## Bibliographie

- Bechara, A. (2004). The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain Cogn*, 55(1), 30-40.
- Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., & Anderson, S.W. (1994). Intensity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 50, 7-15.
- Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A.R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*, 10, 295-307.
- De Keyser, V. (2002). *Qui a peur de l'erreur humaine ?* Bruxelles : Editions Labor.
- Delbrouck, M. (2003). *Le burn-out du soignant. Le syndrome d'épuisement professionnel*. Bruxelles : Edition De Boeck Université.
- Esparbès, S., Sordes, F., & Tap, P. (1993). L'échelle Toulousaine de coping : un instrument pour l'analyse des liens entre personnalisation et stratégies de coping. *Journées du Laboratoire « Personnalisation et changements sociaux, sur le thème «Les stratégies de coping»*, St Cricq, Actes, p. 89 à 107.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of social issues*, 30(1).
- Golembiewski, R.T., Munzenrider, R.F., & Stevenson, J.G. (1986). *Stress in organizations*. New York : Praeger.
- Grosjean, V., Raufaste, E., & Giboin, A. (2003). Emotions, cognitions et performance : investigations en psychologie ergonomique. *Le Travail Humain*, 66(3), 193-196.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York, NY: Basic. Books, p. 89-103.
- Lancry, A., Grosjean, V., & Parmentier, C. (2008). Risques psychosociaux, émotions et charge de travail. *Communication présentée aux Journées d'automne du GDR Psychologie Ergonomique et Ergonomie Cognitive*. Paris, 20-21, Novembre.
- Lee, R.T., & Ashforth, B.E. (1993). A longitudinal study of burnout among supervisors and managers: Comparisons between the Leister and Maslach (1988) and Golembiewski et al. (1986) models. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 54, 369-398.
- Marc, J. et Grosjean, V. (à paraître). Du bien-être et de l'isolement. Rapport interne INRS.

- Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981a). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Pronost, A.M. (2001). La prévention du burn-out et ses incidences sur les stratégies de coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 121-131.
- Pronost, A.M., & Tap, P. (1996). Stress, coping et épuisement professionnel (burn-out) chez les infirmières chargées de personnes en fin de vie. *Médecine et Travail*, 167, 43-48.