

## **Thierry Florentin : Actualité du burn-out "de quoi parle-t-on?"**

**Conférencier:** [Florentin Th. Dr](#) [1]

**EPhEP, MTh2-ES7-8, le 28/03/2019**

Une fois n'est pas coutume, on me reproche souvent d'être trop bavard, alors, je vais aujourd'hui limiter mon propos, car je voudrais que nous passions le plus de temps possible pour cette soirée à discuter et échanger entre nous, surtout les plus jeunes, car il s'agit d'évoquer un problème qui nous concerne professionnellement, et qui ne concerne pas, pour une fois, que les patients.

Ou du moins il nous concerne au même titre, celui de sujet, que les patients que nous recevons.

Il y a un autre cas avec celui-ci où nous sommes concernés autant que les patients, c'est tout le spectre des pathologies transférentielles, des accidents du transfert, qui concerne les interactions entre un thérapeute et son patient, le passage à l'acte, le délire à deux, l'aveuglement ou la surdité thérapeutique, l'inhibition parfois, à réfléchir, à penser, à associer, là, nous sommes impliqués au même titre que les patients.

Et c'est d'ailleurs dans le milieu des soignants que ces troubles ont été décrits pour la première fois. Alors, je vais vous parler de ce qu'on appelle aujourd'hui le Burn-Out, syndrome d'épuisement professionnel, décrit initialement en 1974 par un psychanalyste américain, Herbert Freudenburger dans un article du Journal of Social Issues, et intitulé Staff burn-out.

La brûlure intérieure.

Sa description précise est assez complexe à cerner, car son expression peut-être polymorphe, mais cependant, on peut dire qu'elle se repère globalement par un trépied symptomatique de base, l'épuisement émotionnel d'abord, qui peut prendre des formes variées, mais avant tout une fatigue au travail, un sentiment de vide, une indifférence à l'autre, qui peut s'exprimer parfois sous une forme colérique, d'irritabilité permanente ou explosive, froide, distancée, les américains ont appelé ça le « John Wayne Syndrome », à base d'impassibilité et de déni.

Etat donc d'épuisement psychique ou physique qui, et c'est fondamental, ne s'améliore pas avec le repos, ce n'est pas avec une semaine de vacances, ou quinze jours, peu importe, que l'on en vient à bout.

Déshumanisation de la relation à l'autre, deuxième volet, qui découle du premier, marqué par un détachement, une sécheresse relationnelle, voire un certain cynisme, et qui peut s'installer sournoisement, progressivement, et sans que la personne n'en prenne conscience.

Enfin, sentiment d'échec professionnel, et de dévalorisation, avec un sentiment de ne pas être efficace, de ne pas faire de bon travail, de ne pas être à la hauteur des attentes de son métier, qui peut parfois conduire à un sur-investissement paradoxal, une sorte de fuite en avant, un hyper-activisme, où le temps de travail pourra être prolongé de sa propre initiative, sans efficacité supplémentaire, bien au contraire.

Voilà la description initiale, qui concernait au départ les soignants, depuis, le tableau en s'ouvrant aux différentes formes d'exercice professionnel, s'est complété, différencié, toutes les plaintes d'insatisfaction peuvent se voir, et sont d'ailleurs décrites, mais le trépied initial reste globalement le même.

Burn-out, l'incendie en-soi, l'incendie à la maison, à l'intérieur de soi, fait d'ailleurs référence

non pas à la sur-activité et à son insatisfaction en retour, mais à Icare, qui se brûle en s'approchant du soleil. Tout comme le soignant se consume en voulant s'approcher de son idéal thérapeutique, on va y revenir.

Alors évidemment, pourquoi les soignants ? Cela pourrait bien sembler un paradoxe, puisque vous savez comme moi, bien sûr, bien évidemment, tout le monde sait cela, que la maladie, de façon générale, ne peut concerner que les patients, un univers qui certes nous est familier au quotidien, mais dont nous ne pouvons curieusement d'ailleurs, en aucun cas faire partie, dans lequel nous ne pouvons nullement nous reconnaître, puisqu'il est bien connu, n'est-ce pas, que la maladie, par on ne sait quel miracle, divin au moins, saute largement au-dessus de la tête des soignants, en les épargnant, en les ignorant, ceux-ci sont au-dessus des lois du corps et de la fatigue, pour ne concerner que les malheureux, qui eux vraiment, alors, ceux-là, ils n'ont pas de chance, et c'est la raison pour laquelle ils ont tant besoin de nos soins dévoués.

Je plaisante, bien sûr. Mais pas seulement.

Parce que c'était pourtant bien ainsi que nous, jeunes médecins tout frais émoulus, nous percevions lorsque j'étais dans le monde médical, à proprement parler, dans les années 80 du siècle dernier, il y avait bien sûr, c'est un phénomène qui a toujours existé, des suicides, notamment de jeunes praticiens, d'internes, soit lors de leurs premières prises de fonction, les premiers semestres, soit à la fin de leur internat, mais pour nous, qui étions leurs collègues, leurs camarades, leurs amis, il s'agissait certainement de décompensations psychotiques chez des sujets au diagnostic passé jusque-là inaperçu, contenu par le rythme soutenu et contraignant des études de médecine, comme souvent dans la psychose, vous le savez, les études forment jusqu'à un certain point un cadre contenant, soit de déceptions amoureuses inconsolables, et partant, inélaborables.

Là aussi, la faute à pas de chance, à des malheurs d'ordre privé qui ne pouvaient en rien nous concerner, et qui ne pouvaient au mieux que nous renvoyer à notre privilège d'être en bonne santé, et bien portants, dans l'insolence de la jeunesse, comme on dit...

Loin d'être accablant, l'exercice des responsabilités était non seulement souhaité, enviable, après l'avoir attendu, à ronger notre frein pendant tant d'années, à observer avec envie les aînés exercer sans entrave leur pouvoir de décision, et il faut avoir parcouru pendant les nuits de garde d'interne ou d'assistant les longs couloirs et allées qui séparent les pavillons d'un hôpital psychiatrique, vastes domaines à l'époque s'étendant sur plusieurs hectares, pour ressentir le plaisir et au-delà que donne la responsabilité du soin et du sommeil des patients hospitalisés et des équipes de nuit qui dépendaient de nos interventions et de nos prescriptions. Nous ne comptons ni notre temps, ni notre fatigue. Et lorsque nous nous hasardions à mettre malgré tout celle-ci en avant, c'était pour s'en parer, se parer de cette fatigue, d'une façon valorisante et gratifiante. Et pour s'autoriser de quelques jours, jamais plus d'une semaine, de vacances au soleil... « Nous au moins, nous travaillions sans compter, et nous dépendions au service d'autrui et de la collectivité, alors, respect ». Voilà le discours intérieur que nous nous tenions.

Déjà cependant, un jeu de cache-cache avec l'administration, sur nos horaires de travail, sur le coût de nos prescriptions, sur notre travail avec les patients, sur le nombre de personnels, et notamment d'infirmières, nous pré-occupait, nous plongeait, mais toujours de très loin, très marginalement, dans un monde où nous devons comprendre que la santé était aussi une affaire économique, et donc disputée aux seuls médecins, prompts à s'affranchir de toute considération de cet ordre. Ne disait-on pas que la santé, si elle avait un coût, n'avait pas de prix ? Et nous étions fiers de tenir cette position, sans pousser plus loin une réflexion plus approfondie. Nous étions au cœur d'un système qui roulait tout seul, du moins le pensions nous ainsi.

Un monde cependant sépare ce que nous avons vécu dans ces années-là, 80-90, et la situation d'aujourd'hui, et je suis pour ma part en grande peine à tenter de retrouver dans mes souvenirs de praticien d'hôpital ce que me racontent, ou dont me témoignent, les praticiens d'aujourd'hui.

Que s'est-il donc passé en à peine trois décennies, et qu'est ce qui a donc changé ?

Comment en sommes-nous arrivés à cette situation aussi absurde, où la souffrance des soignants-Il y a les plus jeunes, Enquête

sur la santé mentale des internes en 2016, mille au total, réalisée par les syndicats de jeunes internes, 66 % des jeunes internes souffrent d'anxiété, le taux de dépression et d'idées suicidaires y est de 2 à 5 fois plus élevé que dans la population des jeunes du même âge, à une période de la vie professionnelle où justement cet accès aux responsabilités professionnelles devrait comme je viens de vous l'évoquer pour ma génération, ainsi que pour celles qui nous ont précédé, entraîner un rayonnement phallique, un épanouissement personnel, mais il y a aussi des soignants aguerris, qui ont derrière eux deux-trois décennies de pratique soignante-où cette souffrance semble se répandre comme une épidémie, toutes spécialités et pratiques confondues, en psychiatrie comme en médecine. Elle concerne l'ensemble des soignants, également les infirmières, les psychologues, etc..., et je vous renvoie au très digne témoignage que vous pouvez retrouver sur le site de l'EPHEP, de Carine Culot, psychologue hospitalière en Belgique, lors de la journée organisée par l'EPHEP et l'ALI de Belgique, à Bruxelles, en Avril 2017, où cette dernière racontait d'une manière très claire et explicite, vous verrez, comment progressivement les conditions soignantes dans le service où elle était en poste s'étaient dégradées, pour ne prendre qu'un exemple, la petite salle du café, celle que l'on trouve dans tous les services, là où les infirmières peuvent se réunir tranquillement, faire leur pause, parler à bâtons rompus, entre elles, ou avec les autres membres de l'équipe, secrétaires, médecins, assistantes sociales, ergothérapeutes, etc..., et qui a une fonction essentielle, c'est le poumon d'une équipe, c'est là où se font les vraies transmissions, celles qui ont de la valeur, celles qui ne sont pas purement biologiques ou administratives, eh bien cette petite salle avait été supprimée, parce que l'administration trouvait que ces pauses, ces respirations indispensables donc au fonctionnement et à la vie d'une équipe de soins, prenaient trop de temps dans le soin proprement dit, et n'étaient pas quantifiables sur une feuille Excel de rationalisation du temps de travail soignant.

Dégradation des conditions de travail au sein des équipes hospitalières de soins, leur énumération serait un cahier de doléances sans fin. Pénurie des soignants, obligeant chacun à faire un travail qui nécessiterait le plein emploi de deux ou trois collègues supplémentaires, augmentant le temps de présence et de travail de chacun, près de la moitié des internes travaille par exemple entre 48 et 60 heures par semaine.

Violence, arrogance, exigence de patients devenus consommateurs de soins auprès de prestataires qui se doivent de se tenir à leur service sans délai, etc..., toutes ces constatations sont justes, et sont suffisamment documentées, vous pouvez les retrouver sans peine au fil des articles ou des témoignages de journaux grand public ou spécialisés, ou d'ouvrages sur la question. Il existe énormément de témoignages publiés, et notamment, je vous le recommande, un chouette livre, il est rare que j'utilise cette expression, qui n'est pas très scientifique, je le reconnais volontiers, mais celui-ci est vraiment chouette, c'est le livre d'une journaliste, Minou Azoulay, Ne tirez plus sur l'hôpital, qui raconte le quotidien de plusieurs mois partagés avec les équipes à l'hôpital Saint-Joseph, à Paris, et l'omniprésence de la solitude du soignant face à son écran d'ordinateur, où les données administratives et de classification se sont substituées au temps clinique, d'échange, de partage et d'observation. Vous pouvez aujourd'hui, ce n'est pas quelque chose d'impossible, ni d'exceptionnel, c'est quelque chose que j'entends régulièrement de la part des patients qui viennent me voir, être face à un soignant, aux urgences, ou ailleurs, sans jamais rencontrer son regard, car celui-ci est accaparé par l'écran.

La très classique maintenant échelle de classification de la douleur, où l'on vous demande aux Urgences d'apprécier votre douleur sur une échelle de un à dix en est caricaturale, et en serait risible, si elle n'était aussi pathétique sur ce qu'elle dévoile d'évitement d'un contact subjectif avec le patient qui souffre. C'est d'ailleurs cela au fond de ce qui est recherché, d'éviter toute subjectivité, toute appréciation subjective, pour n'apprécier que les données objectives, et dans ce cas, il n'y a rien de tel alors que la machine, comme vous le savez, pour ce faire.

Cette transformation en vingt ans de la fonction soignante a un nom, c'est celui de la confiscation du soin par sa rationalisation économique et gestionnaire. Et cela entraîne un effet immédiat, sur les soignants et les patients, cet effet a également un nom, cela s'appelle déshumanisation. Afin d'enrichir mon vocabulaire, et le vôtre, par la même occasion, j'aimerais bien trouver un autre nom, mais je n'en vois pas d'autre. Je n'ai pas trouvé, mais si à l'issue de notre discussion, vous pouvez m'aider à en trouver un autre, votre contribution sémantique est la bienvenue.

Une déshumanisation rampante, et cependant bel et bien à l'œuvre, et dont il est à regretter que ce seront les effets, et non les causes, comme c'est hélas bien souvent le cas dans des tas d'autres domaines, les effets, et non les causes, celles-ci passent sous le tapis, qui entraînent la mobilisation des pouvoirs publics.

Dénoncer les effets plutôt qu'en énoncer les causes. Voilà je crois l'impasse dans laquelle nous nous penchons sur le burn-out.

Ainsi, j'ai eu la surprise d'apprendre dans le Quotidien du médecin il y a trois semaines, qu'afin de lutter contre le burn-out des médecins, le conseil régional d'Ile-de-France et l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France avait mis en place une dizaine de réunions, baptisées « Journées d'ateliers dynamiques et d'échanges » (Jades), lesquelles réunions sont censées se tourner vers la prévention et permettre aux soignants selon leur argument, de rester en bonne santé, et cela grâce, bien sûr, à tout un programme de recettes miracles, telles que celle-là qui a alors vraiment la côte actuellement, la méditation de pleine

conscience-formidable, la méditation de pleine conscience, très tendance, n'est ce pas- thermalisme, et pour finir des conseils de nutrition, d'activité physique, de sommeil, etc...

Mais le clou de ce « temps de formation », c'est la rencontre prévue, à la fin, avec des mutuelles pour proposer à ces professionnels de santé libéraux des contrats de prévoyance adaptés. « Il faut des offres de prévoyance de qualité pour les libéraux, conclue le journaliste du Quotidien du Médecin, sinon les personnes ne déclareront pas leur souffrance »,

En psychiatrie, on va énoncer, et cela non sans raison, c'est vrai, terriblement vrai, et visible, partout, en régions, mais aussi à Paris, le manque de moyens, la désaffection des personnels, la violence accrue des patients, sans non plus chercher à en étudier les causes.

**Les moyens en Psychiatrie-et Lucien Bonnafé, un des pères fondateurs de la psychiatrie de secteur répétait à qui voulait l'entendre, comme un mantra, « la psychiatrie c'est des moyens », il avait tout à fait raison, c'est bien évidemment un personnel en nombre suffisant, mais il ne faut pas négliger la question essentielle de la formation.**

Bonnafé et Louis Le Guillant, ainsi que son épouse, Germaine Le Guillant, avaient vraiment mis en place une politique extraordinaire, unique, de formation du personnel en psychiatrie, par l'intermédiaire des CEMEA, des Centres d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active, formation exceptionnelle pendant près de trente ans, entre 1960 et 1990.

Or, ce qui s'apprend aujourd'hui en psychiatrie, et cela n'a rien à voir avec le dévouement et la volonté d'être utile à son prochain, cela ce sont des valeurs individuelles, qui concernent chaque soignant, mais qui ne concernent pas une politique, et encore moins une politique de formation, ce sont essentiellement des techniques de normalisation comportementale, et de réhabilitation sociale, telles que la remédiation cognitive, qui ne laissent pas d'autre alternative en cas d'échappement-et s'il y a un génie à la psychose c'est bien celui-là-d'échapper à toute tentative de réduction du traitement de la psychose par des techniques, y compris par la violence, pas d'autre alternative pour un psychotique, qui n'a pas les moyens de symboliser ce qu'il reçoit de l'extérieur, que la violence en retour, en symétrie, conduisant elle-même mécaniquement à un troisième temps, celui de la contention, médicamenteuse, pharmacologique, ou physique, qui à leur tour seront dénoncées par de belles âmes gardiennes à juste et noble titre par ailleurs des libertés et des droits des personnes hospitalisées, sans qu'à aucun moment, puisse être évoqué ou remis en cause les raisons qui ont amené à cette violence, et pour cause, puisque plus personne dans les services hospitaliers n'est, à quelques exceptions près, en mesure d'aucune lisibilité d'aucune sorte de ces dynamiques..

**Et puisque la pharmacologie et le cognitivisme apportent des réponses, alors à quoi bon continuer à s'encombrer des questions ?**

L'abandon de la psychanalyse comme cadre référentiel de pensée et de soins, et donc de la notion élémentaire, mais cependant subtile et complexe, du contre-transfert par exemple, entre autres, le contre-transfert ne se réduit pas à un mouvement d'humeur, ou de rejet, il a besoin d'être pensé avec les moyens et le temps adéquat, et en groupe, cet abandon de la psychanalyse comme cadre de pensée est certainement, sans être le seul, un des facteurs de l'épuisement des équipes soignantes qui butent sur les méthodes comportementales écervelantes qu'on leur fait appliquer, au détriment de toute compréhension psychopathologique dynamique de la psychose, et donc de toute possibilité thérapeutique satisfaisante et apaisante, autre que la contention par un moyen ou par un autre.

Déshumanisée la psychiatrie, déshumanisée la médecine, le soin de façon générale, car passé à la moulinette du management, de la protocolisation, du contrôle, dévalorisée l'expérience clinique, il ne s'agit plus de soigner un malade, mais une maladie, selon les critères sous haute surveillance de la HAS, c'est ainsi que nous pouvons appréhender et comprendre le refus soignant qui apparaît aux deux extrêmes de la pratique professionnelle, d'un côté ceux qui démarrent et qui réalisent le gap, le hiatus, le vide entre leur vocation initiale et la gestion soignante qui leur est imposée, et qui s'éjectent de cette situation auxquelles ils ont tant sacrifiés d'eux-mêmes au cours de leurs études-les études de médecine sont des études de sacrifice, de solitude aussi, il y a deux films merveilleux que je vous recommande, d'ailleurs du même réalisateur, Thomas Lilti, qui est par ailleurs médecin de formation, Hippocrate, réalisé en 2014, qui raconte les difficultés que rencontre un interne qui prend ses fonctions pour la première fois, et Première année, qui est sorti l'an dernier, et qui raconte l'effort demandé sur eux-mêmes aux impétrants dans les études-il s'éjectent donc par leur propre suppression, ils ne trouvent pas l'énergie et les ressources en eux pour tout recommencer ailleurs, et à qui s'adresser surtout, il leur faudrait rencontrer plus d'interlocuteurs consistants, or ce sont précisément leurs aînés qui ont mis en place cette médecine, soit en la subissant eux-mêmes soit avec enthousiasme, peu importe, le résultat est identique, il est là, et de l'autre côté, ce que l'on appelle des praticiens chenus, et donc expérimentés, qui ne reconnaissent plus dans la médecine moderne que l'on tente de leur imposer avec force, avec des menaces de sanctions

le plus souvent financières, ce qui dans un exercice libéral correspond à une asphyxie, une impossibilité à très court terme d'exercer, ne reconnaissent plus donc les valeurs humanistes auxquelles ils contribuaient par leur pratique jusqu'ici, et qu'on les somme d'abandonner.

J'ai 35 ans, écrit le docteur Madeleine Lhôte, généraliste dans le XIXème arrondissement, à Paris, au Quotidien du Médecin, et je suis en arrêt de travail, pour «burn-out »,concept fourre-tout pas très clair, une sensation d'avoir littéralement explosé, majorée par une angoisse colossale de voir la santé tel un gigantesque château de cartes, à deux doigts de s'effondrer au prochain coup de vent. Et elle conclue: Il n'y a pas que moi qui suis en burn-out, je le crains, c'est tout le système qui l'est.

Ce qui nous est arrivé est que insensiblement, la médecine comme la psychiatrie ont quitté leur lit, le lit de la clinique, pour se faufiler dans un autre lit, un lit d'infidélité à leurs engagements humanistes, celui de la rationalité économique.

Et pour reprendre le titre d'un ouvrage que je vous recommande également, je vous donne beaucoup de lectures à chacune de mes interventions, le travail de ces deux inlassables chercheurs que sont Roland Gori et Marie-Josée Del Volgo, médecine et psychiatrie se sont Exilés de l'intime, c'est le titre de leur ouvrage, pour se mettre au service d'un nouvel ordre économique.

Et dans ce cadre, écrivent-ils dans un autre excellent ouvrage, La santé totalitaire, nous assistons actuellement à un hold-up, à un retournement.

Ce n'est plus le soin qui vient soulager la souffrance de l'existence, comme cela était le cas jusqu'ici, mais c'est l'existence humaine elle-même qui a désormais l'obligation d'être médicalisée, et il revient à ses servants, les soignants, d'y pourvoir tels des techniciens ou des ouvriers sur la chaîne de production. A se mettre au service de cette médicalisation.

Là où jusqu'ici seule l'obligation de moyens prévalait, c'était la conscience du médecin, son éthique, qui orientait sa décision des meilleurs choix, des meilleures orientations pour son patient, en son âme et conscience, et dans le cadre à chaque fois spécifique et renouvelé de la relation médecin-malade, dans son originalité propre à chaque patient et à chaque médecin, libre au patient d'en changer, ce qui faisait le fondement de l'art libéral, la médecine est une science mais son exercice est un art, disait-on, c'est maintenant l'obligation de résultats qui est attendue et exigée de la part du patient qui s'adresse à un prestataire standard, et dont le standard est garanti par l'Etat, d'une part, par la Justice d'autre part en dernière extrémité.

D'où cette inflation de protocoles imposés et de procédures juridiques et pénales pour celui ou celle qui n'aura pas suivi les recommandations de bonne pratique érigées comme telles par un panel d'experts.

Cette médicalisation de l'existence, qui conduit par ailleurs assez paradoxalement à la déresponsabilisation personnelle, on le voit très bien dans toutes les situations de prise de risque, celle des sports extrêmes par exemple, mais également chez les grands fumeurs qui font des procès aux cigarettiers lorsqu'ils tombent malades, et souvent les gagnent, réussissent à obtenir des indemnités énormes, idem pour les chirurgiens esthétiques, qui payent des assurances colossales, cette médicalisation de l'existence donc, se fait sous le strict contrôle de l'économie de la santé, que celle-ci soit publique ou privée.

Nous assistons aujourd'hui à des préconisations médicales absolument étonnantes.

Si nous prenons un exemple comme le deuil, par exemple, la perte d'un être cher, nous arrivons à lire dans la Presse médicale, qu'il devrait être traité avant même la disparition du défunt, sur un plan technique, par la prescription à titre préventif d'antidépresseurs...

Cette mesure qui fait partie du Care, du prendre soin, permettrait d'éviter la prescription d'arrêts de travail intempestifs.

On a pu lire également le mois dernier dans la presse médicale et nationale l'interview d'un praticien canadien radieux, qui avait trouvé l'élixir universel, le propranolol comme médication contre le chagrin d'amour, et d'ailleurs il suffisait d'un aérosol pour en éprouver immédiatement la vertu soulageante.

Vous voyez, certains d'entre vous, ici, s'échinent peut-être à déchiffrer cette année le séminaire de Lacan sur la relation d'objet, que l'ALI met à l'étude cette année, et bien sachez à toutes fins utiles que vous vous compliquez la vie, puisque l'imagerie fonctionnelle du cerveau est en mesure de vous proposer de visualiser et d'objectiver, à fin d'évaluation, et dans le cadre des protocoles standardisés de la médecine fondée par des preuves, l'Evidence Based Medecine, terme créé dans les années 80 par un groupe de chercheurs de l'Université Mc Master au Canada, pour désigner une stratégie d'études cliniques, les pertes et profits de ceux ou celles qui traversent et subissent l'épreuve humaine du deuil et de la perte.

Je me suis trouvé récemment invité à venir co-animer une réunion annuelle de malades du myélome dans un grand service d'hématologie parisien, réunion informelle, détendue, qui se termine autour d'un verre, qui a pour objectif de créer du lien, de faire circuler la parole, de diminuer l'angoisse des solitaires, de ceux qui tournent en rond avec la peur de la maladie gravissime qui les frappe et de son éventuelle échéance, réunissant des hommes et des femmes de tous âges, et de toutes conditions, quand soudain, un homme pose la question de la sexualité. Il faut savoir en effet que les traitements contre les myélomes ont pour effet secondaire de déclencher souvent l'impuissance sexuelle masculine. Vous vous souvenez de cette phrase de Freud, lors d'un voyage en train en Bosnie-Herzégovine et de ce compagnon de voyage qui lui dit: « Herr Professeur, lorsque cela ne marche plus, l'existence ne vaut plus la peine d'être vécue.. »

Ma réponse de psychanalyste, conscient de marcher sur des œufs, fut de répondre que cette question était délicate, devait tenir compte de la pudeur et de l'intime de chacun, mais qu'elle permettait justement d'aborder la question de la diminution et de la perte, de ce que l'on devait abandonner parfois dans la maladie de sa vie antérieure pour envisager ce qui s'ouvrait de nouveau et de différent devant soi.

A la tempête que j'ai vue soudain se dresser devant moi, j'ai compris immédiatement que j'avais tort, et que mon bla-bla sur la perte venait du monde du passé, ne tenant aucun compte de la sexualité 2.0 promue et promise comme norme, la santé sexuelle, un concept qui nous vient du Canada, n'était ni audible, ni recevable. Et d'ailleurs, la sémillante et fringante jeune psychologue comportementaliste du service bondissait instantanément sur l'estrade, s'emparait du micro et avec forces de schémas explicatifs et de flèches dessinés à la craie au tableau, annonçait triomphalement qu'elle avait, elle, les outils qui convenaient pour parer à toute forme d'impuissance sexuelle, ainsi que les médecins du service, qui d'ailleurs, conscients de leurs responsabilités en la matière prenaient les devants en interrogeant sans détour les patients sur la conservation de leur puissance sexuelle.

Les remèdes existants, ils devenaient obligatoires. Et addictifs, puisqu'il suffisait d'en re-demander au médecin, sans limitation, bien sûr, pour accéder aux délices inépuisables de l'amour physique. Et y réaccéder encore et encore... La maladie permettait de balayer, à l'aide de ses merveilleux pharmakon, toute inhibition, symptôme, ou angoisse pré-existante, qui devenaient de ce fait, sans objet.

Et je n'ai plus jamais été réinvité.

C'est l'élaboration psychique elle-même qui disparaît avec ces nouveaux pharmakon, élaboration devenue superflue, puisque le prix de la perte et de la souffrance n'est plus supportable ni acceptable socialement.

L'ouvrage de Pierre Christophe Cathelineau, *L'économie de la Jouissance*, qui vient de paraître, traite de cette disparition du manque d'une façon très complète, et je vous en recommande grandement la lecture.

A contrario, nous pouvons évoquer le long, parfois très long, chemin, de certaines de nos prises en charge, par exemple celui que nous suivons lorsque nous accompagnons des malades somatiques, je pense par exemple à certaines femmes qui viennent au décours d'un traitement pour un cancer du sein, et à la part de perte qu'il va leur falloir assumer et accepter pour renaître, le mot n'est je crois pas trop fort, pour renaître à elles-mêmes, au prix du sacrifice de ce qui pouvait être un compromis confortable, mais qui s'avérait au final mortifère, et pouvait être conjugal, familial, professionnel, ou autre... Nous sommes là dans une toute autre dimension...

Accepter de perdre pour gagner... Accepter la dimension de la perte pour pouvoir créer, inventer une solution nouvelle, voilà toute une question. Et sans garantie au bout.

Au même titre que le cancer du sein, ou de toute autre maladie grave, le burn-out, est le signe que quelque chose ne va pas, profondément, en profondeur, et qu'il ne saurait être question de reprendre le cours de sa vie et des choses à l'identique, après avoir fait simplement un peu de

méditation ou je ne sais quoi d'autre..

Qu'il s'agisse de la santé sexuelle, ou qu'il s'agisse de troubles de la personnalité, pour reprendre l'expression d'un de mes correspondants, au sujet d'un patient alcoolique, et pour lequel toute référence à la pulsion de mort et au deuil pourtant constellant toute l'histoire du patient avait disparu, les médecins sont sommés d'apporter sans tarder des réponses colmatant et obturant toute possibilité pour un patient de prendre des nouvelles de lui-même.

Un de mes amis, le Dr Fabrice Lorin, psychiatre et responsable de la consultation anti-douleur au CHU de Montpellier, raconte ainsi dans un entretien vidéo disponible sur Youtube, que ce que vient chercher le douloureux n'est pas tant le traitement miracle, il peine d'ailleurs à y croire, mais de pouvoir parler de sa souffrance, que cela seul parfois l'apaise, et que le danger iatrogène, bien sûr, est de se lancer dans la surenchère au pharmonkon de plus en plus dangereux, avec de plus en plus d'effets secondaires dangereux.

Mon intervention de ce soir consiste à défendre l'idée que le burn-out des soignants est la réaction d'un corps sain à une idéologie malade. Que dans leur souffrance, les soignants en burn-out réagissent, vomissent, un discours médical et social qui ne passe pas.

C'est en effet ce que je vois et constate dans ma consultation, et cela sans distinction, qu'il s'agisse autant des salariés de l'industrie, de la banque, des medias, de la finance, du secteur public, etc.. , que des soignants.

Je suis d'autant plus à l'aise pour soutenir cette idée qu'il m'a fallu un long temps pour le saisir, ce ne sont pas des choses qui nous viennent d'évidence, ou alors nous sommes dans l'idéologie, le parti-pris, et donc aveugles et sourds à ce que viennent nous dire et nous témoigner nos patients.

Je me souviens très bien de la première patiente que j'ai rencontré alors qu'on ne parlait pas encore de burn-out, il y a plus de vingt ans de cela, ingénieure, et n'avoir rien compris de ce qu'elle me disait, puisque pour moi, à l'époque, il n'y avait pas de plus grande valeur que celle de tenir bon au travail, et de faire face, avec l'aide si besoin était des syndicats, mais ce n'était même pas obligatoire.

Tenir sa place au travail, voilà bien le point de départ de tout candidat au burn-out.

Aujourd'hui je préconiserais plutôt que la première des choses à faire soit d'extirper la personne de son travail, de faire en sorte qu'elle n'ait pas à y retourner, et c'est parfois dans l'heure, dans l'immédiat, ce n'est pas dans une semaine, ou dans un mois, au prétexte de tâches indispensables et urgentes à finir.

Cela, c'est l'instant de voir. Et c'est au praticien que revient la responsabilité de cet instant de voir. C'est lui qui doit dire Stop, ça suffit comme ça, et vous n'y retournerez pas. Pas dans l'immédiat, en tous les cas.

Le temps pour comprendre, et le moment de conclure viennent ensuite.

Le temps pour comprendre, et une excellente contribution est celle de notre collègue Elisabeth Chrysanthou, que vous trouverez sur le site de l'Ali-Grenoble, qui a travaillé justement avec des femmes ingénieures en burn-out, souvent filles de père ingénieur lui-même, ce qui a facilité le travail de pelure, de séparation dont je vais parler, c'est le temps de la distinction entre la reconnaissance du père imaginaire, celle après laquelle elles courent et dont elles doivent faire le deuil, reconnaissance qu'elles ne doivent plus attendre parce que celle-ci ne viendra pas, ne viendra plus, du père réel, des avantages que donne l'entreprise, le fait d'être casé quelque part, d'avoir un travail, et du père symbolique, en effet il y a une vie après le burn-out, et il s'agit de l'inventer, de rebondir, de ne pas jeter le bébé avec l'eau du bain, le risque étant de ne pas arriver à redémarrer l'aventure de la vie, de ne plus jamais trouver en soi les ressources pour se lancer dans l'aventure du travail et de devoir gagner sa vie.

Le temps de conclure, mon Evidence Based Medecine à moi, celle qui m'est personnelle, à ma consultation, mais que je ne vais certainement pas devancer pour eux, leur énoncer d'emblée, il est nécessaire qu'ils le comprennent d'eux même, au fil de leur élaboration, est que ces patients ne reprendront jamais leur travail au moins sous la forme sous laquelle ils l'ont abandonné. Ils ne reviendront pas en première ligne comme de braves petits soldats. Ils orienteront radicalement leur carrière, leur vie professionnelle autrement, parfois de manière totalement insolite, imprévisible, à leur grande surprise le plus souvent. Tel manager d'opérateur téléphonique devient clef d'or, dans un palace parisien cinq étoiles. Telle DRH à qui sa direction avait imposée une campagne de licenciements éprouvante ouvre à son compte une boutique spécialisée de jouets pour enfants, telle secrétaire devient conteuse pour enfants, tel cadre de banque ouvre son magasin de dégustation de vins pour oenophiles avertis, etc.... Pour ma part, je n'hésite pas à travailler avec une spécialiste des bilans de compétence. C'est très important

d'avoir des correspondants avec qui vous avez des habitudes de travail, de ne pas se contenter de dire « faites donc un bilan de compétences », il faut une adresse transférentielle pour que cela fonctionne, autrement cela reste aléatoire.

Ainsi, les patients ayant traversé le burn-out s'aperçoivent-ils qu'ils auront été des lanceurs d'alerte à leur insu, au prix de leur épuisement, de leur santé, qu'ils auront été sous la coupe de la machine folle, que celle-ci soit économique, industrielle, ou soignante qui était en train de les broyer individuellement et subjectivement, de marchandiser leur existence, leur expérience de la vie, et leurs valeurs professionnelles.

Quant aux soignants en burn-out, pour conclure, ils auront été délogés de leur fonction, la plus noble, celle dont au final, ils se payent, et qui justifie à elle seule, leurs sacrifices personnels. Celle qui leur permet de tenir droits toute leur vie professionnelle face aux avatars de l'existence humaine, avatars face à laquelle ils se confrontent et se coltinent au quotidien. Cette fonction assez invisible, et pourtant à partir de laquelle est née la psychanalyse.

Ils en auront été délogés d'une part par l'économisation et la marchandisation de la Santé, et pour finir de l'humain tout court, comme je viens de le dire, mais paradoxalement également par les progrès de la science, progression en cinquante ans et depuis la fin de la deuxième guerre mondiale absolument inouïe, inégalée depuis les débuts de l'humanité et allant en s'accéléralant encore depuis les années 2000, qu'il s'agisse aussi bien des techniques d'exploration du corps humain, que des techniques chirurgicales, ou des traitements pharmacologiques.

C'est ce triomphe absolu des techno-sciences et leur règne sans partage dans la science médicale, victoire et triomphe qui ont nécessité d'« exiler », pour reprendre une fois encore cette belle expression de Roland Gori et Marie Josée Del Volgo, de plus en plus loin, la subjectivité et l'inter-subjectivité dans les soins entre patient et soignant, lesquelles sont devenues des parasites pour la science, des croyances archaïques et néfastes au progrès de l'humanité.

« Le discours médical, écrivent Roland Gori et Marie Josée Del Volgo, n'est plus apte à prendre en compte dans sa pratique comme dans sa pensée le drame imaginaire, la détermination symbolique, la finalité éthique de la souffrance dans la relation médecin-malade, laquelle souffrance tend à se confondre avec la seule dimension de la maladie et à se réduire à la douleur ramenée à ses coordonnées neuro-physiologiques »

Le burn-out de nos patients qui nous parlent de ce déficit humain qui n'a aucune valeur dans l'économie du monde, dans leurs rapports sociaux, prenons l'exemple de leur hiérarchie par exemple ils nous indiquent leurs « N plus 1 », « N plus 2 », sans jamais les nommer, ni nom, ni prénom, ni même nous indiquer leur sexe, ce burn-out témoigne subjectivement de leur auto-éjection d'un tel monde déshumanisé.

Au nom des intérêts bien compris de la science, les patients se voient dépouillés de leur histoire, de cette partie de l'entretien qui faisait auparavant la substance d'une consultation médicale, et qui leur donnait la possibilité de rencontrer dans l'entretien singulier un sens et une fonction en lien avec leur histoire personnelle. Là où elle était auparavant possible et nécessaire, elle devient le plus souvent impossible, au nom des intérêts de la science, et au mieux contingente.

Dans le cas du service d'hématologie dont je vous faisais part, il s'agissait en lieu et place de cette rencontre de mobiliser les « compétences cognitives » du patient cancéreux, de promouvoir le myelome comme un « ennemi de l'intérieur » qu'il fallait combattre à l'aide des outils cognitifs que les techniciens du service proposaient aux patients et mettaient à leur disposition, et j'étais devenu en croyant défendre la perte l'incarnation d'une subjectivité à réprouver, puisque cette subjectivité même n'entrait pas dans les critères d'évaluation du service pour leurs études cliniques. En voulant réintroduire de l'intime et de la subjectivité propre à chacun, j'étais devenu l'ennemi de l'extérieur, exact symétrique de la tumeur récalcitrante aux études cliniques et sérielles.

Nul ne songerait ici à dénigrer, ou à s'opposer aux progrès de la science et de la médecine, et nous serions les premiers à encourager d'y avoir recours si le besoin s'en avérait, mais il ne s'agit pas ici vraiment des progrès de la médecine, mais de son idéologie, et des vecteurs idéologiques qui la portent, de l'expropriation du sujet et de son humanisation.

« Une mathématique du salut, dit encore Roland Gori, des modèles formels de statistiques qui façonnent irrémédiablement pour les jeunes générations qui n'auront connu que celle-là, une manière de soigner, éloignés d'eux-mêmes et de la subjectivité de leurs patients, cette subjectivité psychique qui nous constitue essentiellement, qui fonde notre réalité, réalité psychique certes, mais l'autre réalité, c'est de la machinerie technique ».



Une machinerie technique.

Un changement de paradigme, dont il nous revient encore, dans cette actualité du burn-out, d'en saisir l'articulation...

**URL source:** <https://ephep.com/fr/content/conf-ecrite/thierry-florentin-actualite-burn-out>

**Liens:**

[1] <https://ephep.com/fr/conf%C3%A9renciers/florentin-th-dr>