



LA PHILOSOPHIE À L'HÔPITAL

- Des robots affectifs et sociaux pour le soin, enjeux et problématiques éthiques
- Éthique et intelligence artificielle en santé, pour une régulation positive
- Le design peut-il aider à mieux soigner ? Le concept de *proof of care*
- L'enseignement des humanités dans les facultés de médecine françaises
- D'une épidémie à l'autre : quelles leçons apprises sont transférables à la réduction de l'impact psychosocial du confinement lié au Covid-19 ?
- La clinique philosophique du *burn out* des soignants à la lumière de la Covid-19

CYNTHIA FLEURY^{a,b,*}
Professeur au Conservatoire national des arts et métiers, titulaire de la chaire Humanités et santé, et de la chaire de philosophie du GHU Paris Psychiatrie et neurosciences

VALÉRIE GATEAU^b
Docteur en philosophie, formatrice en éthique et bioéthique, chercheur associé à la chaire de philosophie du GHU Paris Psychiatrie et neurosciences

^aConservatoire national des arts et métiers, 292, rue Saint-Martin, 75141 Paris cedex 03, France

^bGHU Paris Psychiatrie et neurosciences, 1, rue Cabanis, 75014 Paris, France

*Auteur correspondant.
Adresse e-mail :
cynthia.fleury-perkins@lecnam.net (C. Fleury).

La clinique philosophique du *burn out* des soignants à la lumière de la Covid-19

La crise provoquée par la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les risques de *burn out* des soignants et plus spécifiquement la question de la souffrance éthique. Une clinique philosophique de l'épuisement professionnel permet de l'analyser comme une souffrance existentielle liée à notre vulnérabilité commune, mais aussi à des dysfonctionnements plus socio-organisationnels.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

Mots clés – *burn out* ; Covid-19 ; éthique du *care* ; organisation ; soignant ; souffrance éthique ; vulnérabilité

The philosophical clinical approach to burnout in caregivers in the light of Covid-19. The crisis caused by the Covid-19 pandemic has highlighted the risks of burnout in caregivers and more specifically the question of ethical suffering. A philosophical clinical approach to burnout enables it to be analysed as a form of existential suffering linked to our shared vulnerability, as well as to more socio-organisational failings.

© 2020 Elsevier Masson SAS. All rights reserved

Keywords – burnout; caregiver; Covid-19; ethical suffering; ethics of care; organisation; vulnerability

Depuis plusieurs mois, les soignants sont engagés dans la lutte contre la pandémie de la Covid-19. Ils sont soumis à un stress important, à une charge de travail très lourde et confrontés à la vulnérabilité des malades, mais aussi à leur propre vulnérabilité, car ils sont particulièrement exposés à l'infection. Si ces soignants sont préparés depuis longtemps à faire face à des crises sanitaires (à la suite de catastrophes naturelles ou d'attentats), ils n'étaient pas prêts à affronter une crise sur un temps aussi long [1] et avec des moyens limités. Il leur a fallu avoir une grande réactivité et une forte inventivité pour faire face à ce nouveau virus. Ils ont dû également revoir rapidement et profondément l'organisation de leur travail quotidien [1].

Conscientes des difficultés qu'ils traversent, les instances dirigeantes ont mis en place de nombreuses cellules de soutien psychologique pour leur venir en aide. Ce processus témoigne de la forte solidarité qui s'est organisée, psychiatres

et psychologues se mettant à la disposition de leurs confrères et collègues. Des cellules éthiques d'accompagnement des équipes ont également vu le jour dans les hôpitaux ou au sein des espaces éthiques régionaux. Cela traduit bien la préoccupation pour la souffrance éthique et psychique des soignants, dont on sait qu'elle est importante, tant le *burn out* est en augmentation dans ces professions.

UNE SOUFFRANCE ÉTHIQUE « AVANT D'ÊTRE PSYCHOLOGIQUE »

Pour Pascale Molinier, « *avant d'être psychologique, le désarroi des soignants est éthique* » [2]. C'est ce que font apparaître de nombreux témoignages recueillis depuis l'apparition de la pandémie. Ainsi, les anesthésistes-réanimateurs se sont trouvés confrontés au défi humain « *immense, qui renvoie le médecin et les soignants au sens de leur engagement et à leur motivation première* » [1]. Il leur a fallu imaginer « *comment faire vivre les valeurs*

du soin dans cette situation exceptionnelle » [1], mais aussi comment concilier l'éthique du soin individuel et l'éthique de la santé publique. Ou encore comment maintenir, dans l'urgence et face à une arrivée massive de patients, une démarche décisionnelle éthique cherchant à préserver une approche équitable pour les malades les plus vulnérables, les personnes âgées ou celles atteintes de pathologies chroniques [1].

Les soignants de ville ont arbitrés entre des valeurs difficilement conciliables, comme l'a rapporté la généraliste Ilhame Najem. « *Les soignants de ville sont appelés au domicile des malades les plus fragiles présentant de nombreuses comorbidités [...] Nous sommes pris entre deux feux. Poursuivre les soins délivrés au lit des malades les plus fragiles ou rompre le suivi pour mieux les protéger d'une infection potentiellement mortelle ?* » [3]. La question est bien éthique car « *notre mission, depuis Hippocrate, se fonde sur un principe : primum non nocere ("en premier, ne pas nuire")* ». Mais

qui peut nous dire aujourd'hui ce qu'il faut faire pour ne pas nuire ? » [3].

Aucune règle ne peut trancher en ces situations de dilemmes moraux et de conflits insolubles. Il faut trouver un équilibre dans lequel « *inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude, en trahissant le moins possible la règle* » [4]. C'est un exercice difficile auquel les soignants sont peu préparés. En effet, les humanités ne sont guère représentées dans leur formation initiale et continue, alors que de nombreux soignants les identifient (notamment la philosophie) comme des recours nécessaires pour limiter la souffrance éthique et le *burn out* [5]. Avec la pandémie de la Covid-19, les alternatives éthiques contradictoires ont été nombreuses et le temps manquait. Les soignants y ont été exposés quotidiennement en même temps qu'ils étaient confrontés de façon « *intense à la mort et aux incidences des décisions prises* » [2], avec un rythme de travail effréné.

Le risque de souffrance éthique et d'épuisement de ce personnel est bien réel, « *d'autant que les soignants refusent généralement les arrêts-maladies ou les périodes de repos, se sentant coupables de rester chez eux tandis que leurs collègues travaillent dans des conditions difficiles* » [6].

UN "RETOUR DU SENS" PARADOXAL

La crise sanitaire a permis un retour au sens du métier soignant [1] et un retour du travail collectif, mis à mal par des années de logique gestionnaire à l'hôpital. En ce moment, les soignants vont « *à l'essentiel du métier et inventent des solutions inédites* », le collectif se resserre et des liens nouveaux se tissent. Ce sont « *paradoxalement, des temps de retrouvailles avec le sens du métier* » [2]. Seul compte le soin, les contraintes budgétaires et administratives passent au second plan.

La crise de la Covid-19 a agi comme un révélateur des difficultés qui contribuent au *burn out* des soignants depuis plusieurs années, au point d'avoir conduit à une « *véritable épidémie à bas bruit* » [7]. Le *burn out* se traduit par trois dimensions centrales : l'épuisement émotionnel, la déshumanisation de la relation à l'autre et la perte du sens de l'accomplissement de soi au travail. Pour les professions soignantes, plusieurs facteurs de risques ont été identifiés [8] :

- **La confrontation avec la souffrance et la mort** (fin de vie, douleur, accidents tragiques, etc.), associée à la nécessité de contrôler ou de masquer ses émotions.

- **L'organisation du travail.** À l'hôpital, les contraintes budgétaires et le management aggravent la souffrance des soignants [9].

Les contraintes financières et les outils gestionnaires modifient le travail soignant. Les protocoles administratifs et informatiques (codage) éloignent du soin et limitent l'autonomie des soignants. En ville, le manque de reconnaissance, la confrontation avec la violence éventuelle des patients, l'isolement physique et psychoaffectif participent aussi à une forme d'épuisement [10].

- **Les difficultés éthiques.** La difficulté de bien agir lorsque la situation met en jeu des conflits de valeurs génère une souffrance morale. La perte d'autonomie contribue également à la souffrance au travail, particulièrement pour les métiers à pratique prudentielle [11] dans lesquels la singularité des cas renvoie à la singularité de l'humain.

- **Les facteurs personnels.** Dans les métiers soignants – qui sont vocationnels – l'écart entre l'idéalisation du métier et la désillusion en résultant, ainsi que le surinvestissement au travail peuvent conduire au *burn out*.

- **L'erreur médicale.** Les soignants ayant commis une erreur dans leur exercice professionnel sont souvent dans une grande souffrance qui entraîne un risque accru de *burn out* et de nouvelle erreur [7]. Avec l'actuelle pandémie, les soignants doivent composer avec plusieurs de ces facteurs à risque. C'est pourquoi les dispositifs d'aide éthique et psychologique sont fondamentaux. Mais dans le paradoxal "retour du sens", on voit combien les circonstances organisationnelles participent à la souffrance des soignants. Voir la qualité de son travail empêchée ou ne pas pouvoir peser sur les situations d'exercice de sa profession conduit à une souffrance délétère. Car « *vivre au travail, c'est [...] pouvoir y développer son activité, ses objets, ses instruments, ses destinataires, en affectant l'organisation du travail par son initiative* ». C'est pourquoi la souffrance des soignants doit être pensée en lien avec les organisations du travail, et leur parole doit contribuer à modifier les néfastes conditions organisationnelles. À défaut, la parole devient futile : « *Être consulté sans pouvoir influencer sur les décisions est [...] pire que tout* » [12].

UNE VULNÉRABILITÉ EN PARTAGE

La pandémie s'accompagne d'un discours qui mobilise la figure des "soignants héros". Si cela contribue à la reconnaissance nécessaire de leur engagement, ce n'est pas sans risque. Car être un héros, « *cela signifie se sacrifier, souffrir en silence. Le héros ne demande ni aide ni moyens. [...] Cette approche fait peser sur les épaules des soignants une immense responsabilité, tout en leur interdisant de reconnaître leur propre vulnérabilité* » [6].

RÉFÉRENCES

- [1] Veber B, Perrigault PF, Michel F, comité éthique de la Société française d'anesthésie et de réanimation. L'épidémie du Covid-19, un immense défi organisationnel, médical et humain pour les équipes d'anesthésie-réanimation. *Anesthésie & Réanimation* 2020;6(3):285-7.
- [2] Desrioux F. Avant d'être psychologique, le désarroi des soignants est éthique. [Entretien avec Pascale Molinier.] *Santé & travail*; 2020. <https://www.sante-et-travail.fr/detre-psychologique-desarroi-soignants-ethique>.
- [3] Najem I. Médecin généraliste, je suis désarmée face aux patients en détresse. *Libération*; 2020. https://www.liberation.fr/debats/2020/04/02/medecin-generaliste-je-suis-desarmee-face-aux-patients-en-detresse_1783953.
- [4] Ricœur P. Soi-même comme un autre. Paris: Seuil; 1990. p. 312.
- [5] Delbrouck M. Comment traiter le *burn out*. Paris: De Boeck Supérieur; 2011.
- [6] Granger B, Del Volgo MJ. Coronavirus : il est dangereux de faire endosser aux soignants le costume de héros. *Le Monde*; 2020. https://www.lemonde.fr/planete/article/2020/03/26/coronavirus-il-est-dangereux-de-faire-endosser-aux-soignants-le-costume-du-heros_6034557_3244.html.
- [7] Galam E. L'erreur médicale, le *burn out* et le soignant. Paris: Springer; 2000. p. 124.
- [8] Fleury C, Gateau V. Pour une clinique philosophique du *burn out* des professionnels de santé. Conservatoire national des arts et métiers et GHU Paris Psychiatrie et neurosciences; 2020. <https://fr.calameo.com/read/004091295d86918340110>.
- [9] Dejours C. Quand le tournant gestionnaire aggrave les décompensations des soignants. In: Auslander V. Omerta à l'hôpital, le livre noir de la maltraitance faite aux étudiants en santé. Paris: Michalon Éditeur; 2017. p. 203-12.
- [10] Delbrouck M. *Burn out* et médecine. Le syndrome d'épuisement professionnel. *Cah Psychol Clin* 2007;28(1):121-32.

RÉFÉRENCES

- [11] Champy F. Décrire des activités prudentielles pour aider à les réhabiliter ? Enjeux théoriques et pratiques d'enquêtes qualitatives sur la prise en charge de malades précaires dans les permanences d'accès aux soins de santé en France. *Recherches qualitatives* 2017;36(2):53-172.
- [12] Clot Y. Prendre ses responsabilités ? De la santé au droit. *Sociologie du travail* 2019;61(2).
- [13] Molinier P. Vulnérabilité et dépendance : de la maltraitance en régime de gestion hospitalière. *Comment penser l'autonomie ?* 2009;433-58.
- [14] Ricœur P. Autonomie et vulnérabilité. In: Dillens AM. *La philosophie dans la cité*. Bruxelles (Belgique): Publications des Facultés universitaires Saint-Louis; 1997. p. 121-41.
- [15] Garrau M, le Goff A. *Care, justice et dépendance*. Introduction aux théories du care. Paris: Presses universitaires de France; 2010. p. 5-10.
- [16] Sennett R. *Le travail sans qualités*. Paris: Albin Michel; 2000. p. 210.

■ **La difficulté de reconnaître leur propre vulnérabilité** est manifeste chez les soignants, au point que l'on a parlé du "syndrome John Wayne" pour évoquer le dévouement excessif et parfois sacrificiel de certains d'entre eux. Cette mise en retrait de la vulnérabilité commence au moment des études. L'apprentissage des métiers soignants conduit souvent à une forme de dénégation de sa propre vulnérabilité. « *Il s'agit de réduire les marges d'identification possible avec les malades, de se sentir fort et en bonne santé, non menacé par l'ensemble des maux dont on a connaissance* » [13]. Cela amène à séparer santé et maladie, autonomie et dépendance, et contribue à maintenir le silence sur les besoins des soignants et leur souffrance.

■ **La pandémie actuelle contraint chacun** (soignant ou non) à prendre conscience de notre vulnérabilité face à la souffrance et la mort, à voir combien notre autonomie ne peut se penser qu'au regard de notre vulnérabilité. « *Les deux termes se composent entre eux : l'autonomie est celle d'un être fragile, vulnérable* » [14]. Notre vulnérabilité participe de la condition humaine, comme cela a été défendu par les éthiques du *care* pour lesquelles « *la vulnérabilité, loin de caractériser un état transitoire qui devrait être dépassé dans l'accès à l'autonomie, ou un état pathologique résultant de l'impossibilité d'un tel accès doit [...] être pensée comme une modalité irréductible de notre rapport au monde* » [15].

C'est pourquoi la pandémie, à partir du vécu des soignants, nous invite à repenser les conditions d'accueil de notre vulnérabilité commune (dont le *burn out* est une modalité), mais aussi à revoir les conditions concrètes de la reconnaissance des métiers du soin et l'organisation du travail soignant. Dans cette perspective, la souffrance des soignants a trait aux questions existentielles qui concernent l'expérience humaine dans toute sa complexité et qui reposent, selon la formule de Paul Ricœur, la question de la visée éthique : celle d'une vie bonne, avec et pour autrui, dans des institutions justes.

LE TEMPS "BRISÉ"

La pandémie nous interroge aussi sur notre rapport au temps. Nous sommes bien préparés à la médecine de l'urgence qui suppose une grande technicité et des interventions ponctuelles. Nous ne sommes, en revanche, pas préparés à la prise en charge d'une pandémie sur le long terme. Celle-ci complique l'accompagnement des maladies chroniques qui inscrivent la pathologie dans le temps humain – parfois celui d'une vie entière – sans perspective de guérison, et interrogent le modèle curatif de la

médecine. Or, la temporalité du soin est elle aussi en partie liée à l'organisation du travail. Comme l'a montré Richard Sennett [16], l'organisation gestionnaire du travail recourt à la standardisation de celui-ci, exige une grande flexibilité et repose sur l'évaluation individualisée des performances. Cela a pour conséquence d'éroder le collectif – en créant de la concurrence entre les personnes, mais aussi entre les services et éventuellement les patients – et de briser notre rapport au temps. Quand il est nécessaire pour travailler de s'adapter sans cesse – lorsque, par exemple, le soin est principalement conçu sur le court terme –, le temps est fragmenté. Cette rupture de la temporalité, associée à la rupture du récit collectif, affecte notre identité. C'est en ce sens que l'on peut interpréter le paradoxe du "retour au sens du métier" : dans le récit échangé entre les soignants se construit à nouveau une "*condition partagée*" qui transforme la souffrance en une lutte collective et lui donne sens. Sans récit partagé, chacun est renvoyé à une souffrance solitaire, voire à un sentiment d'échec personnel, ce qui peut affecter profondément l'identité et conduire au *burn out*.

ET DEMAIN ?

Enfin, la crise actuelle met en lumière la richesse individuelle et collective des soignants, ainsi que leur capacité de résilience. Sans les héroïser, il importe de constater qu'ils savent inventer, dans un contexte particulièrement difficile, des réponses variées et innovantes pour faire face à la pandémie, mais aussi aux risques de *burn out* qu'elle génère. Les difficultés liées à la Covid-19 ne sont pas encore dépassées et d'autres sont à venir. C'est pourquoi il importe dès maintenant d'encourager tout ce qui contribue à rétablir la possibilité de récits partagés entre soignants. Dans un second temps, il importera de mener des recherches et d'imaginer des dispositifs de recherche-action pour mieux comprendre et accompagner le *burn out* des soignants. Leur inventivité et leur capacité à mobiliser des ressources individuelles et collectives devront être le point de départ de ces recherches. ■

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.