Journées d'études « les approches du travail en ergonomie et en sociologie » (25-26 mars 2002)
Version d'auteur du texte paru dans *Travail et Emploi* (n° 94, avril 2003, pp. 65-74)

La construction sociale de la fatigue au travail : L'exemple du *burn out* des infirmières hospitalières

Résumé : *La fatigue, le stress et la souffrance psychologique constituent des états difficiles à objectiver et à faire reconnaître. C'est pourquoi les catégories à travers lesquelles ces états vont être mis en forme et interprétés contribuent si fortement à déterminer la réalité des phénomènes en question, même si elles sont l'objet d'enjeux et d'intérêts qui dépassent la simple réflexion scientifique. A partir de l'exemple du burn out des infirmières hospitalières françaises, cet article s'efforce de montrer comment une telle catégorie émerge au croisement de logiques d'actions hétérogènes et éclaire ainsi sur l'impact social que peut avoir une nouvelle entité psychologique. Finalement, le burn out des infirmières apparaît comme une notion largement dépendante du contexte dans lequel elle est apparue et s'est développée, ce qui en montre les dimensions socialement construites.*

Mots clés : Construction sociale, psychologisation, fatigue, stress, infirmières, burn out

Marc LORIOL
Laboratoire Georges Friedmann (CNRS / Paris I)

Parmi les différentes mises formes de la fatigue nerveuse ou morale au travail, le cas du *burn out* des soignants[1] semble particulièrement intéressant dans la mesure où cette entité illustre bien les rapports entre l'élaboration et l'utilisation d'une théorie scientifique, d'une part, et les enjeux propres à un milieu professionnel particulier d'autre part. Je vais donc m'appuyer sur cet exemple pour illustrer la façon dont les catégories que nous utilisons pour penser les conditions de travail peuvent, sous certaines conditions, être analysées comme des constructions sociales[2].

L'expression « construction sociale » est à la mode en sociologie, mais fait trop rarement l'objet d'une définition précise. Du coup, elle renvoie, suivant les textes, à des analyses très diverses. Pour schématiser, trois grandes approches peuvent être regroupées sous cette expression. Dans la première, que l'on pourrait qualifier de façon plus précise de « production sociale d'une situation », l'analyse porte sur la façon dont un ensemble d'évolutions, de stratégies et de mécanismes sociaux a-priori distincts convergent et se combinent pour faire apparaître une situation nouvelle[3]. Le recours au terme de construction sociale a pour but, dans ce cas, de souligner le caractère contingent des phénomènes étudiés qui apparaissent comme des effets émergents, non voulus par aucun des acteurs impliqués, mais résultat de l'agrégation de leurs stratégies. Par exemple et pour rester dans mon sujet, la réduction des durées de séjour, la complexification des technologies médicales et paramédicales, les problèmes d'effectifs, les moindres possibilités de reconversion, la montée en puissance des incivilités et des agressions se conjuguent dans beaucoup de services hospitaliers et favorisent l'apparition d'un malaise et de plaintes parmi le personnel. Cette approche n'est pas très éloignée de la démarche de certains ergonomes qui souhaitent traiter la situation de travail dans son ensemble et dans son contexte, même si la notion de contexte est plus extensive en sociologie.

La deuxième approche, qu'il conviendrait d'appeler « construction sociale des catégories de perception de la réalité » porte quant à elle sur les processus à l'œuvre dans l'émergence d'une nouvelle étiquette permettant de catégoriser et caractériser un phénomène particulier[4] : maladie, risque social, problème politique, catégorie d'action ou d'analyse : âge, sexe, PCS, etc. On peut ainsi, par exemple, parler de l'invention de la catégorie de

---

1 Le *burn out* ou syndrome d'épuisement professionnel, pourrait être défini, de façon large, comme une forme spécifique de dépression réactionnelle liée aux activités professionnelles impliquant une relation d'aide. Mais ce terme a également été employé pour les cadres (Aubert et Pages, 1989).

2 Bien entendu, cela ne signifie pas que le *burn out* soit la seule mise en forme possible de la fatigue au travail.

3 A titre d'exemple de ce type d'approche, on peut citer, dans le domaine de la santé au travail, l'article fondateur d'Edwin Lemert (1967) sur la paranoïa et les phénomènes de harcèlement, les travaux de Gary Dworkin (2001) sur le *burn out* des enseignants américains, l'étude de Françoise Piotet (2001)sur le syndrome du canal carpien chez des cableuses, etc.

4 A.E Dembe (1996) développe ainsi les exemples des surdités professionnelles, du mal de dos et des lésions d'effort. De même, Brian Martin et Gabriele Bammer (1992) ont rendu compte de la façon dont les troubles musculo-squelettiques ont été reconnus en Australie.

chômeur ou de la notion de chômage (Salais, 1999 ; Topalov, 1994) ou évoquer la façon dont un tableau de maladie professionnelle est négocié. Dans cet esprit, il serait possible d'étudier l'apparition, la diffusion et l'usage qui est fait de la catégorie de *burn out* (ou épuisement professionnel) dans le travail soignant. Le malaise ressenti par certaines infirmières est mis en forme et étiqueté à travers la référence à cette nouvelle catégorie de la psychologie du travail. Cela ne veut pas dire que la souffrance, le mal-être, n'existaient pas avant que ne soit utilisé le terme de « burn out » -bien au contraire-, mais que le psychisme humain possède une certaine plasticité et une complexité qui rendent possibles différentes lectures de cette souffrance.

Enfin, l'expression « construction sociale » a également été utilisée pour rendre compte du moment de la coproduction d'un diagnostic[5] : comment une infirmière prend conscience d'une souffrance ou d'un mal-être dans le travail, pourquoi elle décide de chercher de l'aide auprès d'un professionnel de santé (médecin, psychologue, etc.), comment celui-ci, en interaction avec l'infirmière, pose son diagnostic et enfin, comment le diagnostic se traduit concrètement par l'actualisation d'un « rôle » de malade particulier.

Ces trois approches sont bien évidemment plus complémentaires qu'opposées ; les niveaux de réalité étudiés étant parfaitement imbriqués. C'est la situation dans laquelle se trouve l'infirmière qui explique son mal-être et la recherche de sens et d'aide pour y faire face, le diagnostic suppose l'existence d'une étiquette qui puisse être légitimement apposée à cette souffrance. Il reste toutefois important de les distinguer afin d'éviter les confusions qui pourraient conduire à des analyses caricaturales ou un constructionnisme radical et ridicule qui reviendrait à nier les difficultés rencontrées par les infirmières ou n'en ferait que de simples conventions sociales.

I – Un cadre général d'analyse de la construction des problèmes sociaux

Dans cet exposé, autour de l'exemple de l'utilisation du terme de *burn out* par les infirmières de différents hôpitaux de la région parisienne, c'est plutôt à partir de la deuxième approche que sera abordée la construction sociale de la fatigue. Pour cela, l'ambition a été de suivre, de façon didactique, le cadre d'analyse proposé par un petit groupe de chercheurs anglo-saxons qui se qualifient eux-même de « *social constuctionnists* » (Spector et Kitsuse, 1977, Loseke, 1999) pour rendre compte de ce qu'ils appellent le « *claims making process* ». Identifier un problème et le faire apparaître comme un enjeu collectif, constitue un travail à la fois scientifique, culturel et politique (Spector et Kitsuse, 1977 ; Gusfield, 1981 ou Conrad et Schneider, 1981). Ce processus par lequel une question qui était d'abord considérée comme relevant de simples choix privés devient un problème social peut être schématisé à travers trois étapes (Loriol, 2002).

La première étape que l'on peut dégager analytiquement est celle de la découverte par un professionnel, ou un petit groupe de professionnels d'un nouveau problème social ou médical Dans le cas de la France, il s'agit souvent d'une importation plutôt que d'une réelle innovation. C'est ainsi que la plupart des nouvelles entités cliniques construites autour de la fatigue (neurasthénie, *burn out*, syndrome de fatigue chronique...) ont été « inventées » par des médecins d'Amérique du Nord ; même si certains médecins français ont tenté d'apporter leur touche personnelle (Pierre Jannet fait de la neurasthénie la psychasthénie, le professeur Kahn qualifie la fibromyalgie de syndrome polyalgique idiopathique diffus...).

Lors de cette étape, les innovateurs restent le plus souvent ignorés – voire même parfois dénigrés – par leurs confrères et par le grand public. Dans le domaine de la santé, les exemples du sida (Setbon, 1993), de l'alcoolisme (Conrad et Schneider, 1981), du cancer (Pinell, 1992) ou de la fatigue (Loriol, 1998 et 2000) montrent que les premiers médecins à défricher un champ inédit d'investigation sont souvent marginaux et isolés au sein de leur profession. Il n'est pas rare, d'ailleurs, que les nouvelles définitions restent au niveau de l'opinion d'un auteur et sombrent rapidement dans l'oubli. Les revues médicales du XIX^{e} siècle sont ainsi pleines d'étiquettes de maladies qui ont aujourd'hui disparu. Cette remarque conduit à relativiser l'importance de cette première étape et donc à remettre en cause les analyses ne portant que sur la « création » de la maladie par le médecin ou du problème par l'expert. C'est pourquoi la deuxième étape est absolument indispensable. D'ailleurs, le travail d'expertise ne se fait pas dans un vide social et culturel mais dépend également pour une part des schèmes de pensée dominants à une époque et/ou dans un milieu social particulier. Les forces sociales à l'œuvre dans la deuxième étape sont ainsi déjà présentes dans le travail de recherche médicale.

---

[5] Pour la reconnaissance des maladies professionnelles en France, il est possible d'évoquer l'étude d'Annie Thébaud-Mony (1991). De façon plus générale, la sociologie de la médecine a largement développé cette voie : par exemple pour le cas des maladies mentales, les travaux de Thomas Scheff (1994).

La deuxième étape est celle que l'on peut qualifier « d'entreprise de morale »[6], c'est-à-dire celle par laquelle une nouvelle norme sera popularisée et peu à peu imposée. Il s'agit de faire un travail d'information et de « propagande » pour la nouvelle maladie ou le nouveau problème. Les principaux moyens utilisés pour cela sont : l'organisation de congrès, la médiatisation, la mise en place d'enquêtes et de protocoles de recherche pour prouver l'existence et l'importance du problème, le lobbying auprès des autres experts et des pouvoirs publics. Ce travail peut être fait directement par les médecins experts la nouvelle définition du problème, mais il est aussi souvent effectué par des groupes profanes. Une telle configuration permet aux experts d'éviter un travail qui pourrait nuire à leur image de scientifique neutre et désintéressé. Ces groupes profanes sont parfois totalement autonomes par rapport au médecin inventeur et ne font qu'utiliser la nouvelle théorie dans un but de légitimation de leur action.

Le groupe d'intérêt profane qui va se charger de l'entreprise de morale peut aussi être suscité par « l'inventeur » du problème. Dans tous les cas, pour que l'entreprise de morale soit véritablement soutenue et supportée par des stratégies profanes, il est nécessaire que la nouvelle définition de la maladie ou du problème social puisse conforter les représentations sociales de certains acteurs, voire appuyer et renforcer leurs intérêts sociaux et économiques. Autrement dit, il faut qu'il s'y « retrouvent ». C'est à cette condition que des acteurs seront motivés pour se mettre au service du travail de consolidation et de diffusion de l'information. Une entreprise de morale pour imposer une nouvelle notion médicale a donc d'autant plus de chances de réussir qu'elle s'inscrit dans le type d'expérience sociale propre à un moment historique et un milieu social spécifique.

La dernière étape, si l'entreprise de morale a été un succès, est celle de l'institutionnalisation de la nouvelle définition, c'est-à-dire le moment où elle devient stable, prévisible, consensuelle, voire objectivée dans des textes à caractère officiel. Pour une nouvelle maladie, les formes d'institutionnalisation peuvent être très variées : inscription dans une liste officielle (classification du *Center for Disease Control* d'Atlanta, par exemple), introduction dans les programmes et les manuels de médecine, création d'institutions spécialisées dans la prise en charge d'un problème (par exemple centre de désintoxication alcoolique, centre de la douleur...) ou encore reprise dans un texte de loi ou une mesure réglementaire.

Ce processus n'est bien évidemment pas toujours aussi linéaire. Il est au contraire largement contingent et instable et peut toujours s'interrompre ou régresser, ce qui est d'ailleurs le cas le plus fréquent. Les différentes phases s'entremêlent souvent et ne peuvent pas toujours être distinguées aussi clairement ; seul le souci de clarté dans la présentation justifie donc l'emploi de ce modèle.

II – Formalisation et importation de la notion de burn out

Le terme de *burn out syndrome* est apparu dans la psychologie américaine au milieu des années 1970. Herbert Freudenberger l'utilise notamment, dans un article de 1974, pour caractériser les problèmes de jeunes volontaires travaillant à la prise en charge médico-sociale de toxicomanes dans une « *free clinic* ». Cette notion est issue de l'aérospatiale où elle exprime le moment où une fusée, après avoir trop rapidement brûlé tout son carburant, retombe au sol. Dès le départ, l'aspect métaphorique du syndrome est très net. Freudenberger lui-même explique ainsi en 1980 : « Je me suis rendu compte au cours de mon exercice quotidien que les gens sont parfois victimes d'incendies, tout comme les immeubles ; sous l'effet de la tension produite par notre monde complexe, leurs ressources internes en viennent à se consumer comme sous l'action des flammes, ne laissant qu'un vide immense à l'intérieur, même si l'enveloppe externe semble plus ou moins intacte » (cité par Franceschi-Chaix, 1993). D'après Christina Maslsach - la psychologue qui a mis au point le principal test de mesure du phénomène (le MBI) - le terme *burn out* aurait d'abord été utilisé par ceux qui en souffraient (notamment les urgentistes de la ville de San Francisco) avant d'être formalisé par les psychologues. Il s'agit donc de l'objectivation d'une expression indigène métaphorique utilisée pour rendre compte d'un état de fatigue morale et de ras-le-bol.

Le risque de ce genre de notion était donc de rester trop imprécis pour devenir un concept scientifique pouvant être reconnu par les psychologues et les médecins. Comme le remarquait un spécialiste français : « Nous sommes encore face à un concept-valise ou fourre-tout capable de recueillir toutes les revendications du monde de la santé. Comme les définitions psychologiques et psychiatriques du syndrome restent floues et controversées, nous risquions d'avoir affaire au fameux couteau sans manche dont on aurait égaré la lame » (Canoui, 1996). Tout un travail de mise en forme scientifique et de « durcissement » de la réalité de ce syndrome était donc nécessaire pour le faire exister comme une réalité sur laquelle la communauté des psychologues et les acteurs du

[6] Cette expression est empruntée à Howard Becker (1985). Elle traduit l'idée que les normes sont produites par un travail collectif, un peu comme une entreprise produit un bien ou un service.

monde hospitalier pourraient s'entendre. En l'absence de marqueur physiologique spécifique, la tâche est particulièrement délicate[7]. Pour surmonter cette difficulté, les spécialistes du *burn out* ont eu recours aux tests de mesure psychologique. Par ce moyen, ils pouvaient, dans un même mouvement délimiter et préciser les contours du syndrome et faire apparaître des infirmières en « chair et en os » concernées par le *burn out*.

Le plus connu et le plus utilisé des tests de mesure de l'épuisement professionnel est le « *Maslach Burn-Out Inventory* » (MBI), élaboré par la psychologue Christina Maslsach. Pour cerner le syndrome, elle considère que celui-ci est structuré autour de trois grandes dimensions : l'épuisement ou l'assèchement émotionnel (la personne n'a plus « l'énergie » pour faire son travail) ; la dépersonnalisation de la relation (le professionnel ne se sent plus concerné par sa mission et ses patients) et un sentiment de non-accomplissement (impression que le travail n'est pas efficace). D'un point de vue dynamique, le *burn out* serait le résultat de relations problématiques avec le patient. Prenant trop sur lui les problèmes du malade, le soignant serait soumis à un niveau excessif de stress, générateur de fatigue, de nervosité et d'angoisses. Pour se protéger, il en viendrait finalement à se protéger en se détachant de son travail à travers une attitude apathique ou cynique.

Le MBI comporte 22 « questions-affirmations » (ou items) avec à chaque fois 6 degrés de réponse possibles : « Jamais » ; « Quelques fois par années ou moins » ; « Une fois par mois ou moins », « Quelques fois par mois » ; « Quelques fois par semaine » et « Chaque jour ». Voici, à titre d'illustration quelques-unes une de ces affirmations : « Je me sens émotionnellement vidé(e) par mon travail » ; « Travailler avec des gens tout au long de la journée me demande beaucoup d'efforts » ; « Je m'occupe très efficacement des problèmes de mes malades » ; ou encore, « Je me sens ragaillardi(e) lorsque dans mon travail j'ai été proche de mes malades ». Le MBI a fortement contribué à la définition du *burn out* lui-même comme syndrome. Pour les défenseurs du MBI, il ne fait pas de doute qu'il s'agit là de la vraie nature du trouble et non de l'effet de l'instrument d'évaluation. Ainsi, pour Noëlle Girault-Lidvan, la psychologue française qui a traduit le MBI, « l'excès de subjectivité que traduit l'existence de conceptions multiples et floues du *burn out*, en entraînant une généralisation abusive de l'étendue et de la portée du syndrome, risque de faire perdre de vue le fait qu'il constitue un processus particulier de distanciation par rapport au travail et aux personnes impliquées dans la relation professionnelle, en réaction à la charge émotionnelle, à la responsabilité perçue et à l'incertitude de résultats caractéristiques de certains contextes ». Autrement dit, le MBI, en mettant en évidence ces dimensions, aurait permis de sortir des analyses subjectives de la question. Or ce raisonnement possède une certaine logique tautologique : le MBI a été construit spécifiquement pour explorer les trois dimensions qui pour Maslach constituent le *burn out*. Les 22 items sont divisés en trois groupes correspondant aux dimensions en question. Le MBI ne peut donc que « mesurer » cela et pas autre chose. Cela n'a pas de sens de dire que les études réalisées avec le MBI mettent en évidence le rôle central de ces trois dimensions dans le *burn out* puisque les autres dimensions possibles du problème sont écartées d'office et ne sont pas prévues dans le test.

Dans la théorie du *burn out* des soignants, la question de la dépersonnalisation des rapports avec le patient et du manque de satisfaction professionnelle qui en découle joue un rôle central dans « l'épuisement professionnel ». Une telle représentation est très fortement liée aux études réalisées avec le MBI. L'épuisement professionnel est « mesuré » par un score élevé aux trois dimensions définies par Maslach, il est donc logique qu'il y ait une corrélation entre la dépersonnalisation et le non-accomplissement d'une part, et l'épuisement global d'autre part, dans la mesure où les deux premiers sont des composantes du troisième. Par ailleurs, l'orientation donnée par les items proposés contribue à forger le visage de ce qui sera décrit sous l'étiquette *burn out*. Ainsi, sur les 22 items, 11 concernent directement la question du travail relationnel et la satisfaction qui en est retirée. Il s'agit, par exemple, des affirmations suivantes : « J'arrive facilement à créer une atmosphère détendue avec mes malades » ; »Je suis devenu(e) plus insensible aux gens depuis que je fais ce travail » ; ou encore « Je sens que je m'occupe de certains malades de façon impersonnelle, comme s'ils étaient des objets ». Les réponses « Chaque jour » aux deux derniers items et « Jamais » au premier ont pour effet d'augmenter le score de *burn out*. Il est donc normal que la « dépersonnalisation » soit corrélée au score ainsi obtenu et le MBI ne l'a pas « démontré ». Si les items liés à la relation au malade occupent la moitié du test, il n'y a aucune question sur le manque d'effectif ; thème qui pourtant revient aussi souvent dans les entretiens que la question des rapports aux malades. On peut alors imaginer que si 11 questions sur 22 étaient consacrées à ce thème, les études sur le *burn out* « montreraient » qu'il s'agit d'une maladie du manque d'effectif.

---

[7] L'existence d'un marqueur physiologique n'empêche d'ailleurs pas que, dans un premier temps, des controverses éclatent sur la réalité ou la spécificité d'un trouble. Steven Epstein (2001) montre ainsi, à propos du sida, comment le lien entre le virus HIV et la maladie a été discuté jusqu'en 1991, avant de faire l'objet d'un consensus total dans la communauté scientifique.

Parmi les différentes interprétations possibles du malaise ressenti par les infirmières, telles que l'on peut par exemple les lister à partir d'entretiens semis-directifs, la théorie du *burn out* portée par le MBI sélectionne donc un petit nombre de dimensions centrées sur les relations individuelles de la soignante avec ses patients.

En France, les premières recherches sur le *burn out* sont menées à partir de la fin des années 1980. Une des premières grandes enquêtes menées en France est celle de Noëlle Lidvan-Girault, réalisée dans le cadre d'une thèse de doctorat de psychologie soutenue en 1989. Pour ce travail, elle a la première traduit et adapté en français l'échelle MBI, principal test utilisé dans les études sur le *burn out*. Sa recherche a porté sur une population de 52 médecins et 6 infirmières de services de médecine d'urgence. Elle arrive à un "score" de 41% de la population touchée par ce syndrome tel qu'il est défini par l'échelle MBI. Dans une thèse de médecine soutenue en 1992, Franceschi-Chaix a étudié une population de 95 infirmières du centre de santé spécialisé Esquirol. Elle conclue à l'existence d'un taux d'épuisement compris entre 15 et 21%. L'étude la plus souvent citée, en France, est celle menée par Chantal Rodary, biostatisticienne, et son équipe (composée de trois médecins du travail, une infirmière générale et une psychiatre) sur la comparaison entre deux hôpitaux de la région parisienne : l'Institut Gustave Roussy, spécialisé sur le cancer, et l'hôpital Bicêtre. Cette recherche réalisée auprès de 520 infirmières permet aux auteurs de conclure que : « *25% d'infirmières présentent un épuisement émotionnel élevé ; 25% perçoivent leur accomplissement personnel comme insuffisant ; le retrait de l'investissement est significativement plus élevé à Bicêtre (16%) qu'à l'IGR (7%). Ces résultats sont plus marqués dans les services où le temps d'échange avec le malade est court et les soins techniques nombreux (soins intensifs, par exemple)* » (Rodary *et al.*, 1994). De cette étude, trois idées ont ainsi été retenues sur le *burn out* et sont souvent citées : la proportion de 25%, l'importance des relations avec le malade et le fait que les résultats soient moins mauvais à l'IGR (où les décès sont pourtant plus fréquents) qu'à Bicêtre. Ces idées ont servi à défendre la thèse selon laquelle il est important de mettre en place une stratégie de prévention fondée sur la formation au soin relationnel dans les situations difficiles comme les décès ; les infirmières de l'IGR étant jugées mieux préparées sur ce point.

Pour finir, il faut évoquer une recherche destinée à mieux connaître la pénibilité physique et psychique du travail infirmier, est publié en 1989 à partir d'une enquête commencée en 1988. Elle a été menée par un médecin du travail de l'APHP, Madeleine Estryn-Behar, et un cadre de l'AP-HP, Henri Poinsignon. L'objectif de ce rapport était d'apporter aux « différents interlocuteurs de l'hôpital » des connaissances « aussi scientifiques que possible » sur le lien entre travail et santé des soignants. Dès le départ, l'accent est mis sur une forme particulière de fatigue qui se distinguerait de la fatigue « classique », notamment par ses conséquences pathogènes : « La fatigue liée à la surcharge et au stress est classique. [...] L'isolement, l'absence de gratifications, la brièveté des échanges avec les supérieurs, le manque de participation sont signalés par plusieurs auteurs ayant travaillé sur le personnel infirmier. Ces éléments contribuent à générer une ambiance dépressive qui n'est pas toujours exprimée de façon claire, mais que traduit bien l'expression de *burn out syndrome*, décrit par Cherniss en 1980. On y retrouve la lassitude, le découragement, le détachement, l'épuisement émotionnel, la perte de l'enthousiasme et de l'optimisme, enfin une perception cynique et désabusée des autres qui peut être destructrice ».

Le *burn out*, qui au début est présenté comme une dimension parmi d'autres des difficultés des infirmières, prend, au fur à mesure que les études se multiplie sur le sujet une place de plus en plus importante ; d'autant qu'un certain nombre d'acteurs vont s'en emparer et reprendre à leur compte les théories qui y sont attachées.

III– Diffuser les connaissances sur le burn out : l'entreprise de morale

Les études françaises qui viennent d'être présentées avaient, pour la plupart, été entamées avant le début du mouvement infirmier. Ce sont les grèves et les manifestations infirmières de 1988 et 1991 qui vont donner à ces premières études isolées un véritable écho, vont marquer le début de l'entreprise de morale en encourageant la diffusion des connaissances sur le sujet.

Trois grandes voies de diffusion des connaissances sur le *burn out* ont pu être identifiées à travers l'enquête. La première est liée aux stratégies de prise en charge du problème des conditions de travail par les différentes institutions et directions hospitalières. Cela est notamment le cas de l'AP-HP qui va largement reprendre à son compte les théories psychologiques du *burn out*. Au départ, comme pour beaucoup d'autres innovations en matière d'action sanitaire et sociale, l'institution publique employeuse a plutôt une stratégie d'attente tandis que différentes expérimentations sont menées en son sein sous la forme d'initiatives locales et isolées[8] : un médecin

[8] Ce mécanisme a été observé, entre autres, par Anne Marie Guillemard (1986) à propos de la politique de mode de vie et d'insertion sociale des personnes âgées dans les années 1960, ou par Henri Bergeron à propos de la mise en œuvre de la politique française de lutte contre la toxicomanie (Bergeron, 1999).

du travail décide de se spécialiser dans l'étude du stress et de la souffrance des soignants ; une psychologue universitaire décide de consacrer sa thèse au *burn out* des personnels des urgences ; plusieurs chefs de services considérés comme « lourds » forment un groupe de réflexion sur la gestion du stress ; une demande en CHSCT central conduit à la formation d'un groupe de travail réunissant surveillants et médecins du travail, etc. Puis, l'AP-HP décide, pour répondre au mécontentement exprimé par les infirmières, de conventionner et d'aider une de ces initiatives. Le réseau initial qui s'était construit autour de cette expérience s'élargit et surtout s'institutionnalise. Il devient alors l'interlocuteur privilégié de l'institution sur la question et conditionne dès lors la politique officielle (rédaction d'articles internes, de brochures et d'ouvrages de référence, etc.). Captant la plupart des financements, il monopolise de plus en plus le pouvoir d'imposer sa représentation des choses contre les approches alternatives. Mais pourquoi telle initiative est privilégiée au départ plutôt que telle autre ? Deux raisons peuvent être avancées : tout d'abord, l'institution aura tendance à encourager de préférence les initiatives qui vont dans le sens de sa politique générale ; ensuite la plus grande proximité des acteurs engagés dans telle ou telle initiative avec l'institution et leur légitimité professionnelle constituent un gage important de réussite.

La seconde voie de diffusion des connaissances sur le *burn out* est représentée par les cadres infirmiers hospitaliers et les formateurs des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI). Les jeunes infirmières interrogées avaient en effet entendu parler de ce syndrome à l'école d'infirmières, tandis que les cadres en étaient, à l'hôpital, les plus ardents promoteurs. Enfin, la presse professionnelle à destination des infirmières a joué également un rôle dans ce processus, même si la plupart des infirmières rencontrées ont avoué ne pas la lire. C'est en fait au moment des études ou chez les cadres que celle-ci est la plus lue, ce qui nous renvoie au second mode de diffusion évoqué.

Comprendre le succès de l'entreprise de morale revient d'abord à rendre compte des motivations qui poussent les différents acteurs concernés par cette question à se reconnaître dans la définition proposée par les psychologues du *burn out* et à s'en emparer pour définir le phénomène. L'intérêt des directions hospitalières pour les études sur le *burn out* a probablement plusieurs causes. La première réside dans la volonté de promouvoir, de façon générale à l'hôpital, une gestion plus rationalisée avec la constitution de normes comptables issues de la pratique médicale : le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) et les groupes homogènes de malades. Le principe est que pour chaque pathologie ou pour une catégorie de malades semblables, on calcule le coût moyen dans les services hospitaliers français. Le service qui dans un cas similaire dépasserait largement ce coût moyen pourrait alors être rappelé à l'ordre. En ce qui concerne le travail soignant, des études de charge de travail ont été menées afin de détecter les services qui seraient sur-dotés en effectifs. Cela passait notamment par le calcul des SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne) déterminé à partir de la pratique. Parallèlement, une réflexion était menée sur des normes idéales de bonne pratique infirmière avec pour objectif de professionnaliser le travail soignant. Les objectifs de contrôle des dépenses et de modernisation de l'hôpital apparaissent alors congruentes avec la rationalisation de l'activité infirmière : non seulement cette façon de traiter la question du *burn out* ne remet pas en cause la politique générale mais elle vient même la conforter. Plus globalement, le souci gestionnaire des directions d'établissement recouvre un double objectif : une optimisation de l'utilisation des moyens existants et la mise en place d'une « démarche qualité » (amélioration du service rendu dans une logique de concurrence).

Pour les cadres infirmiers et surtout les formateurs en écoles, en quête d'une nouvelle légitimité de gestionnaires, le recours à une théorie psychologique qui associe professionnalisation de l'infirmière, contrôle de soi et gestion individualisée des conditions de travail ne pouvait que séduire. La relation soignant/soigné ne doit plus être fondée sur des bases empiriques et intuitives mais doit au contraire relever d'une véritable science infirmière empruntant à la psychologie et aux sciences sociales son armature théorique. Le risque d'épuisement professionnel est alors expliqué comme un problème de « juste distance » vis-à-vis du malade : ne pas être trop proche afin de ne pas endosser sa souffrance ou celle de sa famille ni trop éloigné, ce qui serait renoncer à la mission de l'infirmière et ferait perdre l'enthousiasme nécessaire au métier. Pour cela, l'infirmière doit savoir dissocier son « moi personnel » et son « moi professionnel », ce qui signifie d'une part régler ses propres conflits intrapsychiques, de façon à ce qu'ils ne rejaillissent pas sur le travail, et d'autre part, ne « donner de soi » au malade (des soins, de l'attention, etc.) qu'en tant que professionnelle, c'est-à-dire en fonction de procédures précises dont l'efficacité est démontrée. La formation à la gestion du stress doit permettre d'atteindre ces objectifs et donc d'être une meilleure professionnelle. Elle peut se concevoir sous trois formes principalement : lors de la formation initiale, sous forme de formation continue, ou de façon plus informelle à l'occasion de groupes de parole sur le stress et l'épuisement professionnel. Cela nécessite une plus grande connaissance, de la part de tous les acteurs, des théories sur le *burn out*, ce qui explique pourquoi celles-ci sont diffusées dans les écoles, dans les formations et dans les publications internes. Une telle représentation officielle de la question rencontre alors l'intérêt de la plupart des acteurs impliqués.

Il ne faut pas oublier non plus le très bon accueil que les recherches sur le *burn out* ont reçu auprès des infirmières interrogées. Ce succès s'explique tout d'abord par le besoin que beaucoup de soignants expriment de pouvoir donner un sens au malaise qu'ils ressentent. D'autant plus que les discours sur l'épuisement professionnel bénéficient des a-priori favorables des infirmières l'égard du discours « psy » en général. Ensuite, parce que parler du *burn out* revient aussi à se distinguer à la fois de l'aide soignante, qui fonde son travail sur des relations non professionnalisées avec le malade, et du médecin, accusé de déshumaniser le patient. Surtout, pour les infirmières rencontrées, évoquer officiellement l'existence de l'épuisement professionnel reviendrait à reconnaître le métier d'infirmière comme un métier où l'on donne beaucoup de soi et dont les membres font preuve d'un engagement personnel plus important que dans d'autres activités. Ainsi, le discours sur la mauvaise fatigue infirmière renforce l'imaginaire infirmier. Dans le même temps, il exprime bien la difficulté posée par la réalisation de l'idéal professionnel d'une infirmière se voulant à la fois proche et distanciée du malade. Lors des entretiens, la plupart des infirmières rencontrées ont exprimé leur satisfaction de voir leurs problèmes de stress et de fatigue pris en compte et donc reconnus. De même, l'intérêt et la sollicitude que peut porter, dans certains services, la psychologue sont vécus très positivement. Les infirmières qui n'ont pas eu ce genre d'expérience l'envisagent également de façon très positive. Les entretiens ont montré que la psychologue est le professionnel de santé dont les infirmières attendent le plus.

L'intérêt des cadres, des institutions hospitalières et des infirmières elles-mêmes explique probablement l'écho qu'ont eu les travaux sur le *burn out* dans la presse professionnelle. Les autres acteurs qui pouvaient avoir, à l'hôpital, un discours critique sur le *burn out*, comme les syndicats et certains médecins du travail, se sont retrouvés, dans cette histoire, largement marginalisés. On peut alors parler d'une sorte de compromis implicite entre les principaux acteurs concernés pour faire de l'épuisement professionnel la mise en forme officielle des problèmes de fatigue et de stress des soignants à l'hôpital.

IV – L'institutionnalisation inachevée

Malgré l'intérêt soulevé par les recherches sur l'épuisement professionnel et la fréquence des références à ce terme dans les discours sur les conditions de travail, l'institutionnalisation du problème « *burn out* des infirmières » est restée partielle. D'un côté, les institutions hospitalières, notamment l'AP-HP, ont mené, principalement dans les services considérés comme « à risques » des campagnes de prévention de l'épuisement professionnel, tandis que d'un autre côté, cette entité n'est pas devenue une catégorie ouvrant des droits particuliers en matière de protection sociale des soignants.

A l'AP-HP, la prévention du *burn out* s'est faite à travers plusieurs axes d'intervention. Par exemple, des brochures d'information ont été distribuées au personnel avec, à l'intérieur, un petit test d'auto-évaluation inspiré du MBI. Des stages de formation à la gestion de l'épuisement professionnel ont été proposés et des groupes de paroles mis en place dans certains services.

Toutefois, alors que l'HP-HP consacre, par le biais de ses formations et études internes, un intérêt non négligeable aux questions de stress et d'épuisement professionnel, ces entités nosologiques n'offrent aucun droit ni statut particulier en médecine du travail, à moins d'être traitées à travers les catégories classiques de la psychiatrie. D'ailleurs, la médecine du travail, à l'AP-HP, apparaît quelque peu en retrait voire marginalisée sur cette question du stress et de l'épuisement professionnel qui est plutôt traitée comme un problème de formation ou de gestion des ressources humaines. Le fait d'être victime de *burn out* n'offre en effet aucun droit particulier à l'arrêt maladie ou au reclassement dans un service ou un emploi moins « lourds » pour les victimes. Celles-ci se trouvent obligées de demander un arrêt maladie en médecine de ville qui doit être prolongé, au bout de trois mois, par un congé de longue durée (CLD).

Pourtant, le risque d'être obligé de prendre un CLD pour faire face à des difficultés psychiques est bien réel. En 1999, il y avait à l'AP-HP 1174 agents (hors-médecins qui ne dépendent pas des mêmes services de médecine du travail) en CLD et dans 70% des cas, le motif principal était une « affection mentale » (AP-HP, 1999). D'après une étude interne récente (Dulong, 2001) menées sur les dossiers d'agents ayant eu au moins trois jours de CLD sur l'année 2000, 62% concernent des soignants (infirmiers, puéricultrices ou aides-soignants), alors que ce n'est le cas que de 49% des CLD pour des pathologies cancéreuses. La fonction soignante semble donc bien caractérisée par un risque accru de devoir prendre un CLD pour motif psychiatrique. Dans 70% des dossiers de CLD pour motif psychiatrique, il s'agit d'un diagnostic de dépression réactionnelle ; attribué dans 19% des cas, par les experts consultés, à une cause professionnelle. Toutefois, les catégories utilisées par les experts sont celles de la psychiatrie classique et deux cas seulement « d'épuisement professionnel » (sur 510 « dépressions

réactionnelles ») sont signalés, malgré le « succès » qu'a connu cette entité nosologique nouvelle auprès des psychologues, des DRH et des cadres infirmiers de l'AP-HP (Loriol, 2000).

Les experts auprès de la commission médicale d'établissement de l'AP-HP, qui statuent sur la validité des CLD, ne reconnaissent d'ailleurs pas particulièrement la notion d'épuisement professionnel et lui préfèrent les catégories plus classiques de la nosographie psychiatrique standards.

Cette institutionnalisation partielle s'est trouvée également remise en cause à la suite de certains retours d'expérience plutôt négatifs sur les pratiques de prévention du *burn out*. Au départ très demandeuses de stages, de formations et de soutien psychologique, certaines infirmières en sont revenues avec l'impression qu'on s'était moqué d'elles : culpabilisation de celles qui n'auraient pas été capables de gérer le stress et les relations avec les malades ; recettes jugées simplistes de relaxation, etc. De façon peut-être un peu excessive, Anne-Perrault-Soliveres (2001), surveillante de nuit et responsable des formations aux conditions de travail dans son hôpital, remarque que « les infirmières sont extrêmement méfiantes de tout ce qui s'apparente à la psychologie bien que cherchant désespérément des solutions personnelles dans ces courants parallèles. C'est ainsi que sont très courues toutes les techniques visant à modifier le comportement, ce que je nomme la psychologie de supermarché. La psychologie comme la psychanalyse ou la psychiatrie ne sont ainsi pas des solutions au malaise, contrairement à ce que j'ai cru longtemps (jusqu'à l'arrivée des psychologues à l'hôpital). » En fait, toutes les interventions n'ont pas provoqué une telle déception, mais elles sont très dépendantes de la qualité professionnelle et humaine des « psy » recrutés et celle-ci semble avoir été variable. Dans certains cas, notamment quand un travail était fait sur les règles collectives de métier était fait, l'intervention psychologique a pu être très profitable.

Les responsables de la formation auraient également eu des problèmes avec des intervenants ne présentant pas toutes les garanties de sérieux (rumeur sur l'infiltration de sectes dans certaines formations, psychothérapeutes auto-proclamés, etc.). Les actions de prévention du *burn out* se poursuivent donc sur un rythme ralenti et avec un moindre engouement, d'autant que d'autres thèmes sont apparus dans les discours sur la souffrance des soignants.

Conclusion

Depuis deux ou trois ans, de nombreux signes indiquent en effet qu'une autre mise en forme de la souffrance et du malaise des soignants se développe et gagne du terrain par rapport aux analyses en terme de *burn out*. Autour des thèmes de la violence au travail et du harcèlement moral. Les dernières brochures produites et diffusées auprès des patients portent maintenant sur le stress lié à l'agressivité des malades et l'épuisement professionnel est relégué au statut de cas particulier de cette catégorie plus vaste. Un nouveau compromis implicite semble s'ébaucher autour des thèmes de la violence et du harcèlement. L'intérêt, pour les acteurs impliqués, est de pouvoir définir plus précisément un « coupable », un « responsable ». La violence dans la société, l'incivilité des patients, quelques cadres à la personnalité perverse sont la cause du malaise. Pas plus que la théorie du *burn out*, cette vision des choses ne remet en cause l'organisation et les conditions de travail, mais elle permet d'éviter une culpabilisation des soignants. Un compromis peut se faire, entre la direction et le personnel autour de la lutte contre les fauteurs de troubles.

Cet exemple du *burn out* montre les possibilités de développement et les effets d'une théorie sur les conditions de travail dans un milieu social particulier. Non seulement le succès des explications psychologisantes de l'épuisement doit beaucoup aux enjeux et aux interrogations qui ont traversé dans les années 1990 les milieux infirmiers, mais les théories véhiculées par le *burn out* ont également participé aux efforts de normalisation de la profession : mise en avant de la compétence relationnelle, de la gestion des affects et des mécontentements, protocolisation des pratiques, etc. (Loriol, 2000).

Cependant, tous les milieux professionnels n'ont pas accepté avec la même sympathie cette version de leurs difficultés. Ainsi, les syndicats de policiers ont-ils rejetés, en 1996, une étude menée par un médecin de la police nationale et qui expliquait les suicides de policiers par un taux élevé de *burn out* dans la profession. Selon la FASP, il était « scandaleux de présenter les policiers comme des névrosés alors que le problème était le manque de moyens et d'effectifs ». Par ailleurs, pour les professions à propos desquelles a été évoqué le *burn out*, comme les cadres (Aubert, Pages, 1989) ou les travailleurs sociaux (Vachon, 1993), la description du syndrome était tellement différente, qu'il est possible de se demander dans quelle mesure nous n'aurions pas affaire à une catégorie *ad hoc*, adaptée aux enjeux et aux problèmes spécifiques de chacun de ces groupes. L'approche en terme de construction sociale apparaît alors pleinement justifiée.

Bibliographie

Aubert N. et Pages M, 1989, *Le stress professionnel*, Paris, Klincksieck.

Bammer G. et Martin B., 1992, Repetitive Strain Injury in Australia : Medical Knowledge, Social Movement, and de Facto Partisanship, *Social Problems*, vol. 39, n°3, pp. 219-237.

Becker H.S., 1985 (1963), Outsider, études de sociologie de la déviance, Paris, A.M. Métailié, 248 p.

Berger P. et Luckmann T., 1986 (1966), *La construction sociale de la réalité*, Paris, Méridiens Klincksieck, 288 p.

Bergeron H., 1999, *L'Etat et la toxicomanie*, Paris, PUF, col. « Sociologies ».

Canoui P., 1996, *Approche de la souffrance des soignants par l'analyse du concept de l'épuisement professionnel, le burn out. Considérations psychologiques et éthiques en réanimation pédiatrique*, Thèse pour le doctorat d'éthique et biologie dirigée par M. Cloup, Université Paris V, 175 p.

Conrad P. et Schneider J., 1980, *Deviance and Medicalisation, from Badness to Sickness*, CV Mosby, Saint-Louis, 311 p.

Dembe A.E., 1996, *Occupation and Disease: How Social Factors Affect the Conception of Work-Related Disorders*, Yale University Press.

Dworkin A.G., 2001, Perspectives on Teachers Burnout and School Reform, *International Education Journal*, vol. II, n° 2, pp 69-78.

Epstein S., 2001, *Histoire du sida*, Le Seuil, « Les empêcheurs de penser en rond », 277 p.

Estryn-Béhar M., 1997, *Stress et souffrance des soignants à l'hôpital*, Paris, ESTEM, 245 p.

Franceschi-Chaix C., 1993, Le syndrome de *burn out*. Etude clinique et implication en psychopathologie du travail, *Recherche en soins infirmiers*, XXXII, p. 5 à 60.

Freudenberger H.J., 1974, Staff *Burn out*, *Journal of Social Issue*, XXX, 1, 159-165.

Guillemard A.M., 1986, *Le déclin du social*, Paris, PUF.

Gusfield J.R., 1981, *The culture of public problems: drinking driving and the symbolic order*, Chicago, The University of Chicago Press, 263 p.

Lemert E., 1962, Paranoia and The Dynamics of Exclusion, *Sociometry*, vol. 25, pp. 2-20.

Lidvan-Girault N., 1989, *Burn out : émergence et stratégie d'adaptation. Le cas de la médecine d'urgence*, Thèse pour le doctorat de psychologie, université René Descartes.

Lidvan-Girault N., 1996, Méthodes d'évaluation de l'épuisement professionnel. Limites et perspectives, *Psychiatrie Française*, 2, p. 30-39.

Loriol M., 1998, *La médicalisation de la fatigue et du stress : sociogenèse de la notion de « mauvaise fatigue »*, Thèse pour le doctorat de sociologie, préparée sous la direction d'A.M. Guillemard, Université René Descartes-Paris V.

Loriol M., 1999, « De la fatigue des infirmières au syndrome d'épuisement professionnel. La construction sociale d'une catégorie », dans *Le corps et le langage*, sous la direction de Pierre Parlebas, Paris, L'Harmattan, col. « Dossiers Sciences Humaines », p. 35-56.

Loriol M., 2000, *Le temps de la fatigue. La gestion sociale du mal-être au travail*, Paris, Anthropos.

Loriol M., 2002, *L'impossible politique de santé publique en France*, Erès, col. « Action Santé ».

Loseke D., 1999, *Thinking about social problems*, Aldine de Gruyter.

Maslach C., 1978, The Client Role in Staff *Burn out*, *Journal of social issues*, XXXIV, 11-24.

Perrault Soliveres A., 2001, *Infirmières, le savoir de la nuit*, Paris, PUF, col. « Partage du savoir », 295 p.

Piotet F., 2001, Une inaptitude annoncée : les cableuses, Colloque « *la construction sociale de l'inaptitude* », Saint-Quentin-en-Yvelynes, 8 et 9 novembre 2001 (à paraître aux éditions Belin sous la direction de Catherine Omnes).

Rodary et al., 1994, *Etude sur les conditions de vie professionnelle des infirmières en milieu hospitalier (étude épidémiologique sur le stress et ses conséquences sur la santé)*, Paris, Ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, 30 p.

Setbon M., 1993, *Pouvoir contre sida*, Le seuil, col. « Sociologie ».

Scheff T., 1984, *Being mentally ill: a sociological theory*, New York, Aldine.

Spector M. et Kitsuse J.I., 1977, *Constructing Social Problems*, Menlo Park, CA Cummings.

Topalov C., 1994, *Naissance du chômeur (1880-1910)*, Albin Michel.

Thébaud-Mony A, 1991, *La reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales*, Paris, La Documentation Française.

Vachon J., 1993, *Burn out* : les travailleurs sociaux à l'épreuve du syndrome, *Actualités Sociales Hebdomadaires*, n° 1819, p. 9-10.

Walters V. et Denton M., 1997, Stress, Depression and Tiredness Among Women : The Social Production and Social construction of health, *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, XXXIV, 1, 53-69.