

Les dimensions du syndrome d'épuisement professionnel

Presque tous les auteurs embrassent le concept multidimensionnel du SdEP et proposent trois dimensions pour mieux le définir et le comprendre, soit :

- L'épuisement émotionnel
- La déshumanisation de la relation avec le patient
- Le faible sentiment d'accomplissement personnel

(Maslach *et al.*, Maslach et Jackson, cités dans De Hert, 2020; Maslach et Leiter, cités dans Ruisoto *et al.*, 2021; Lemire, 2018; Maslach et Schaufeli; Maslach et Jackson, cités dans O'Connor *et al.*, 2018; Oquendo *et al.*, 2019; Maslach et Jackson, cités dans Rotenstein *et al.*, 2018; Meyzell, 2020)

Voyons en quoi elles consistent.

L'épuisement émotionnel

L'épuisement émotionnel, souvent considéré comme la dimension la plus constante du SdEP, **est marqué par l'épuisement physique et psychique du professionnel**, causé par l'exposition chronique et prolongée du professionnel à des conditions de travail adverses et stressantes (Lubbadeh, 2020; DGT, Anact, INRS, 2015).

Ce dernier :

- Entre dans un état de fatigue extrême qui n'est pas amélioré par le repos (DGT, Anact, INRS, 2015)
- A l'impression d'être constamment débordé, sans énergie et impuissant devant son malaise (DGT, Anact, INRS, 2015)
- Éprouve le sentiment d'être complètement vidé au travail, en perte d'énergie (Maslach et Leiter, 2016)
- Peine à gérer de nouvelles émotions et à exprimer les siennes « comme s'[il] avait atteint son seuil de saturation émotionnelle » (Canouï et Mauranges, 2008, p. 14), ce qui peut mener à des explosions émotionnelles fortes ou encore à un hyper-contrôle des émotions (Canouï et Mauranges, 2008; Delbrouck, 2008).

La déshumanisation de la relation avec le patient

La déshumanisation de la relation est une modification progressive, insidieuse et sournoise de la relation avec autrui (Canouï et Mauranges, 2008; Delbrouck, 2008; Mauranges, 2007). Pour certains auteurs qui préconisent la progression entre les dimensions du syndrome, elle devient un mécanisme de défense contre l'épuisement émotionnel (Mion *et al.*, 2010).

Ainsi, le professionnel :

- Procède à un changement comportemental, souvent à son insu, marqué par une mise à distance et un détachement du patient (DGT, Anact, INRS, 2015; Lubbadeh, 2020; Maslach et Leiter, 2016)
- Endosse des conduites d'évitement et d'isolement pour se protéger (DGT, Anact, INRS, 2015; Maslach et Leiter, 2016)
- Transforme sa vision des patients dû à son indifférence grandissante et son manque d'empathie envers eux. En effet, les patients peuvent être réduits à des objets, des cas, des numéros ou encore à leurs organes malades (Bridgeman *et al.*, 2018; Lee et Ashforth, cités dans Ruisoto, 2021)

La combinaison de ces comportements provoque une sécheresse relationnelle qui peut mener jusqu'à la maltraitance (Colombat *et al.*, 2011). D'ailleurs, malgré la transformation insidieuse, le professionnel s'aperçoit tout de même de son malaise et le vit difficilement, l'associant à un échec personnel (Canouï et Mauranges, 2008).

Le faible sentiment d'accomplissement personnel

Malgré le fait qu'un sentiment d'accomplissement personnel puisse être un trait de personnalité individuel, s'il est faible, il peut aussi faire partie du SdEP, notamment comme conséquence des deux autres dimensions (DGT, Anact, INRS, 2015). En effet, **le malaise professionnel se poursuit et est marqué par le fort sentiment d'échec du soignant.**

Ainsi, le professionnel :

- Multiplie les sentiments d'inefficacité, d'inutilité et d'incompétence au travail (Lubbadeh, 2020)
- doute non seulement de ses capacités professionnelles, mais aussi de lui-même en général, ce qui mène à une dévalorisation de soi, un manque de productivité et ce qui provoque de la frustration chez le soignant (Bridgeman *et al.*, 2018; DGT, Anact, INRS, 2015)