

# BURN-OUT : APPROCHE COLLECTIVE ET PISTES DE RÉFLEXION

Si les solutions qui suivent ne sont guère pour l'instant applicables dans notre profession, elles constituent néanmoins des pistes de réflexions pertinentes et bien codifiées pour régler plus amplement stress et burn-out, voire en partie l'anxiété.

## I. SOLUTIONS PRATIQUES

---

### I.1. Direction hospitalière

- Éviter les trop longues plages horaires par jour
- Éviter les périodes de travail trop longues sans prendre quelques jours de repos
- Lisser les périodes de creux et de pics d'activité
- S'autoformer à détecter les premiers signes de burn-out pour se surveiller les uns les autres
- Créer une bonne ambiance de travail, veiller à une bonne animation au sein de l'équipe, développer la solidarité
- Créer des lieux et des temps de parole
- Avoir la possibilité de se relaxer sur le lieu de travail.
- Soigner l'environnement locaux l'équipement ou l'ergonomie

### I.2. Médecin du travail

- Suivi individuel des soignants
- Surveillance du milieu de travail
- Prévention primaire : repose sur des mesures visant à diminuer les facteurs de risques professionnels comme l'éducation sanitaire, la formation, l'ergonomie de conception.
- Prévention secondaire : reposant sur des mesures visant à identifier les risques et à dépister précocement les détériorations encore latentes de la santé.
- Prévention tertiaire : reposant sur des actions visant à minimiser les conséquences des atteintes à la santé par l'élaboration des solutions les plus adaptées à la réinsertion, à la réadaptation et au reclassement des agents après maladie.

Le médecin du travail est un interlocuteur privilégié où le soignant assuré du secret médical, trouve un lieu d'expression et de paroles sur tout problème de santé, et aussi de vécu du travail

La santé n'est pas un état mais un équilibre instable, résultant de la succession d'ajustements réussis, faisant suite à une succession de déséquilibres.

Le travail n'est jamais neutre à l'égard de la personnalité de chacun : souffrances ET satisfactions.

Écouter les mots : la plainte est fréquente chez les soignants. Elle traduit un manque, une absence, et plus qu'une réponse, c'est une demande d'authentification de ce manque.

Elle est différente de la demande. L'interlocuteur ne doit ni vouloir combler le vide, ni nier cette plainte. Il doit accepter d'être impuissant et laisser la parole se déverser.

Le médecin de travail ne doit pas se substituer à un psychologue. Il doit s'assurer que le poste n'est pas préjudiciable à l'agent et que l'agent ne fait pas courir de risques à la collectivité ou au groupe ou à l'usager. Et si le travail a parfois valeur thérapeutique il ne faut pas intégrer ou réintégrer un agent en difficulté dans un service qui a par exemple une surcharge de travail.

Comprendre les enjeux : la plainte peut devenir accusation d'un système. L'encadrement évoque la mauvaise utilisation des ressources ou du matériel, la dégradation des installations, l'absentéisme ou l'insuffisance du service rendu au patient. Le personnel exprime ses griefs vis-à-vis de la hiérarchie et parle de sous effectif, de manque de moyens, de décisions dont il ne comprend pas la logique.

Il arrive que si un agent ne s'intègre pas au groupe, il révèle non pas ses propres carences mais un problème du groupe.

Entendre les maux : il faut aménager un espace de confiance et l'agent peut alors confier qu'il n'arrive plus à faire des choix, que sa profession envahit sa vie familiale, qu'il a peur de reprendre le travail à l'issue d'un long repos ou d'un WE.

À un moment la plainte disparaît et vient le moment du silence, mais la souffrance est toujours là. Alors le médecin de travail doit reconnaître les signes de souffrance : physiologiques (fatigue, troubles psychosomatiques) émotionnels (insatisfaction, irritabilité) comportementaux (désintérêt, cynisme, désengagement) ou cognitifs (confusion, difficulté à prendre une décision).

### ***1.2.1. Premier rôle du médecin du travail***

Il doit faire admettre au soignant qu'il a le droit de se plaindre car parfois le déni est tel que de nombreux soignants se refusent " à faire une dépression ".

### ***1.2.2. Deuxième rôle : tenter de soulager chaque personne***

Il peut être préconisé un arrêt de travail mais c'est une solution temporaire qui ne dispense en aucun cas d'avoir une approche globale. Un changement de poste peut être bénéfique sous réserve que cela s'inscrive dans un projet professionnel, et que ce ne soit vécu ni comme une exclusion ni comme une punition.

L'entretien peut parfois aider l'agent à reformuler ses attentes et lui montrer un compromis entre son idéal et la réalité. La réalisation de soi peut s'ajuster vers le possible. Des solutions plus pragmatiques et en prise avec le terrain peuvent être proposées. Il peut exister des solutions externes et amener l'agent à développer une activité extra-professionnelle.

Il sera éventuellement proposé de développer les stratégies d'ajustement pour mieux gérer le stress.

En cas où l'agent est à un stade d'épuisement avancé, il faut beaucoup de psychologie pour lui faire admettre qu'il convient d'aller voir un spécialiste pour régler par exemple une vraie dépression.

### ***1.2.3. Troisième rôle : repérage au sein des conditions de travail, des dysfonctionnements facteurs de souffrance***

Il s'agit d'analyser les situations de travail pour les améliorer.

#### ***1.2.3.1. Approche ergonomique :***

Elle repose sur l'observation, sur l'analyse d'un certain nombre de paramètres, sur l'étude de l'organisation du travail, sur l'étude quantitative de la charge du travail tant physique que psychique. Il s'avère que très souvent si les conditions de travail ont des conséquences physiques, c'est l'organisation du travail qui a des conséquences psychiques. Cette approche néglige néanmoins de nombreux facteurs subjectifs.

### I.2.3.2. Approche épidémiologique :

Il s'agit de données chiffrées, anonymes et collectives mesurées par des questionnaires ou des échelles validées. Ces études permettent des constats objectifs, mais sont parfois lourdes à mettre en œuvre et mal perçues par les soignants.

### I.2.3.3. Approche psychodynamique :

C'est l'analyse dynamique des processus psychiques mis en œuvre par une personne confrontée à la réalité du travail. La psychodynamique s'attache à explorer le décalage entre le travail prescrit et le travail réel tributaire de la propre histoire de l'individu. En conséquence la subjectivité est réintroduite dans la réflexion. Son enjeu est de transformer la souffrance en plaisir par des stratégies de défense adaptée et en redonnant sens au travail.

#### ❑ **Identifier les stratégies défensives collectives : un groupe n'est pas une somme d'individus ; il va agir avec des règles consensuelles.**

Si on a par exemple une forte tête dans un service, il peut gripper le système ou être rejeté. Le groupe peut trouver un ennemi commun.

Si par exemple une infirmière pactise trop avec les médecins, elle pourra être rejetée. L'activisme est une autre forme de défense collective et c'est la fuite en avant qui peut gagner tout un service pour éviter l'angoisse. Il peut y avoir la loi du silence qui constitue une forme collective d'évitement. Le déni peut être de dire que la personne qui ne s'intègre pas au groupe a des problèmes personnels.

#### ❑ **Repérer les règles du métier :**

Il y a un décalage entre l'organisation du travail telle qu'elle est prescrite et l'organisation réelle. Si la prescription du travail est trop rigide alors il en résulte ennui, répétition, irritation voire peur. À l'inverse ce décalage peut représenter un espace ouvert pour peu que certains soignants trouvent des savoir-faire de terrain, qui sont validés par le reste de l'équipe.

Les règles du métier sont au nombre de quatre :

- Les règles sociales fixent les manières de vivre ensemble, qu'il s'agisse de politesse, d'usage de bienséance ou de tenue vestimentaire. Elles s'appliquent dans toutes les actions qui relèvent de la convivialité.
- Les règles langagières servent à nommer les façons de faire. Elles font partie du dispositif de communication et peuvent être différentes suivant les catégories professionnelles et donc de malentendus entre équipe. Attention à l'utilisation fréquente de jargons, sigles, ou abréviations.
- Les règles techniques sont les façons réelles de faire, parfois bien différentes des façons de faire prescrites ; ce sont les ficelles, trucs et astuces déployés par les soignants ; ces façons nécessitent du temps pour être explorées, et là on trouve une place pour l'ingéniosité, l'intuition voire le talent.
- Les règles éthiques sont celles qui structurent l'ensemble. Elles permettent de statuer sur ce qui est bien ou non. Il peut arriver qu'il soit nécessaire de tricher avec les règles et, dans ce cas, la distorsion est source de souffrance.

En respectant ces règles on induit le respect des autres puis la reconnaissance d'une bonne pratique de son travail. Cette reconnaissance s'appuie d'une part sur un jugement esthétique (le travail a-t-il été effectué dans les règles de l'art) et d'autre part sur un jugement d'utilité (est ce que l'objectif du travail a été atteint ?)

### ***1.2.4. Quatrième rôle : témoigner de la souffrance du personnel et d'en fournir des modèles d'explication.***

La souffrance au travail d'un sujet ne reflète pas uniquement une problématique individuelle, elle résulte aussi de la confrontation avec un milieu de travail. Certains facteurs générateurs de souffrance sont liés à la spécificité d'une relation d'aide et à un défaut de communication. Par exemple un manque de soutien ou de gratification, des inquiétudes sur la prise en charge du malade, une peur voire une répugnance du patient, etc.

D'autres facteurs de souffrance sont étroitement liés à la charge de travail elle-même : insuffisance de planification des tâches, absence de latitude pour organiser son travail, interruptions fréquentes de la tâche en cours, modifications imposées des repos et heures supplémentaires, déplacements dans les services, complexification des tâches, objectifs et niveau de responsabilité floue, inadaptation du niveau de formation aux nouvelles méthodes

### ***1.2.5. Cinquième rôle : initier et accompagner la mise en place d'actions de prévention collective visant à corriger les facteurs liés à l'organisation du travail***

#### **I.2.5.1. Correction des facteurs liés à l'organisation du travail :**

Par exemple cela peut être une meilleure information sur le suivi du patient, quand ce dernier change de services ou si l'on ne sait pas ce qu'il est devenu, car cela donne sens à son travail ou sert de feedback sur ce que l'on a fait (le soignant se dit : je me suis acharné dessus, je lui ai fait mal mais au moins....).

La définition d'objectifs de travail plus précis.

La reconnaissance du savoir d'expérience.

Le respect de la tâche en cours afin de réduire au maximum les interruptions.

La mise à disposition du personnel de moyens matériels adaptés.

#### **I.2.5.2. Mise en place des groupes de paroles dans les services**

#### **I.2.5.3. Discussion entre les différents groupes ou services et notamment l'importance des relations entre médecins et infirmiers**

#### **I.2.5.4. Actions de formation**

Elles peuvent porter sur la souffrance au travail, l'épuisement professionnel, la gestion des soins, le sens de la relation avec la maladie et la mort, l'accompagnement de fin de vie, les stratégies de défense individuelles et collectives. Il faut néanmoins au préalable de ces formations ne pas vouloir chercher à modeler à tout prix le soignant pour qu'il rentre dans le cadre de son poste.

En conclusion on peut reprendre la formule de Nietzsche " ce qui ne me détruit pas me renforce ", il faut rajouter " sous réserve d'en avoir les moyens ".

## **II. REPONSES DE PSYCHOLOGUE DU TRAVAIL**

Le psychologue du travail a trois fonctions : la première se situe dans la phase d'accueil et d'évaluation de l'agent. La seconde s'exprime à travers le versant formation c'est-à-dire dans l'accompagnement des soignants face à leurs interrogations ; la troisième est une action plus personnalisée voire plus clinique lorsqu'il y a souffrance au travail.

## **II.1. Action préventive du burn-out**

### ***II.1.1. Évaluation du personnel***

Chaque service développe ses spécificités et il faut que la réussite du recrutement passe par l'adéquation minimum entre un profil de poste et un profil de candidat. Il faut que la fiche du poste soit claire. Les traits de comportements et la personnalité induisent des conduites individuelles qui détermineront son adaptation aux conditions stressantes.

Il faut mesurer l'apparente robustesse qui contribue à l'équilibre de la personnalité. L'entretien professionnel est une aide précieuse à l'embauche. Les renseignements que l'on peut obtenir à l'embauche ne sont pas là pour servir de couperet mais peuvent aboutir à des conseils personnalisés ou à un soutien si le besoin s'en fait sentir.

### ***II.1.2. Suivi d'intégration du personnel***

Il faut s'assurer que la tâche prescrite est le plus proche possible de la tâche réelle.

- **Action formation sur le burn-out**
- **Action soutien thérapeutique face au burn-out**

#### **II.1.2.1. Choix professionnel et burn out**

Les raisons qui poussent les soignants à choisir leur métier reposent sur de multiples paramètres en lien probablement avec son histoire personnelle et sa personnalité.

Manifester son altruisme, faire preuve d'amour et de compassion, construire une vie professionnelle sur le don de soi n'est pas donné à tout le monde. Il faut des qualités d'ouverture et une aptitude à l'empathie qui s'entretient, et qui correspond en même temps à des besoins personnels profonds.

Une des composantes qui expliqueraient ce choix professionnel trouverait son origine dans un besoin de réparation narcissique, en donnant aux autres ce qui a fait défaut pour soi : ce n'est pas obligatoirement une insuffisance des parents, mais plutôt un décalage entre l'attente affective et sa réponse.

Les professions à caractère relationnel ont ceci en commun qu'elles permettent d'être utile aux autres et de construire une identité développant l'estime de soi. L'identité professionnelle construira à son tour l'identité personnelle en mal de réalisation. D'où l'importance cruciale de la reconnaissance des patients.

Réparer une perte d'ordre parental reste cependant un moteur porteur et efficace qu'il faut se garder de condamner : il faut simplement bien faire prendre conscience que le milieu hospitalier ou libéral n'offrira pas l'assistance dont la personne a besoin.

Les personnalités borderline ou narcissiques résistent moins bien aux aspects contraignants et stressants de la structure. Si elles ne bénéficient pas d'un soutien moral constant, de preuves d'amour, elles s'écroulent.

#### **II.1.2.2. Psychopathologie du travail :**

Il faut prendre en compte le besoin d'être écouté et reconnu dans sa souffrance ou son épuisement. La souffrance souvent masquée, est repérée puis élaborée. Elle peut ensuite déboucher sur un équilibre entre le désir du soignant et la réalité du métier.

Le burn-out fait resurgir des histoires anciennes refoulées, des liens ambigus, et le monde professionnel se heurte au monde privé dans un aménagement parfois douloureux.

Le psychologue peut apporter une réponse individualisée soit avec des entretiens personnels soit avec des groupes de paroles.

Le conflit entre le quotidien et la quête d'un idéal de fonctionnement aboutit très souvent au burn-out.

Nombreux sont ceux qui n'admettent pas la mort d'un patient car la représentation de la toute puissance est prise en défaut.

On se doit d'être compétent, et seule la guérison nourrit l'estime de soi et empêche la culpabilisation. L'objectif inconscient est clair : c'est celui d'être aimé et l'on comprend qu'il faille dépasser ses limites, se mettre en tension, privilégier l'espace professionnel au détriment parfois de sa vie personnelle, sous peine d'être déstabilisé psychologiquement.

Il faut savoir qu'au Japon, on meurt de ce type d'attitudes. Si cela prend des proportions plus grandes, on assiste à une remise en cause de sa fonction et de ses engagements.

La satisfaction au travail est une perception personnelle mettant en jeu les besoins, attentes, ou désirs, et la motivation est fonction de la personnalité et de la réponse de l'environnement.

### **III. METHODE D'ANALYSE EN CINQ POINTS**

---

1. Les objectifs et les responsabilités du service sont-ils suffisamment clairs pour chaque membre de l'équipe ? Les patients, les pathologies évoluent ; les thérapeutiques, les objectifs changent donc aussi. La reformulation des objectifs et le sens du travail est nécessaire
2. Pour assumer ces objectifs, les soignants ont-ils un soutien suffisant ?
3. Les rôles et les fonctions de chacun sont-ils suffisamment définis pour permettre réellement à chacun d'assumer ses responsabilités ?
4. Une analyse ergonomique permet de répondre en particulier à la question de l'organisation technique du service. Est-elle adaptée pour remplir ses fonctions et missions ?
5. Les moyens matériels et en personnel sont-ils actuellement suffisants ?

### **IV. LES SOUTIENS ET LES GROUPES DE PAROLE**

---

Parmi les moyens de prévention, le soutien occupe une place centrale. Il est demandé par tous et quand il est présent, il est efficace : les soutiens en milieu de travail ont un effet modérateur sur la relation entre le stress perçu et l'épuisement professionnel.

Le support social intervient au niveau du stress perçu selon trois mécanismes d'action :

- Un effet direct sur la santé
- Un effet réducteur des tensions et conflits
- Un effet tampon ou interactif, protecteur de l'individu lors de la confrontation au stress.

#### **IV.1. Qu'appelle-t-on soutien ou support social ?**

Il désigne soit l'existence et le nombre des relations entre les personnes, soit les propriétés structurelles d'un réseau social, soit le rôle de support proprement dit.

Faciliter le support social implique une reconnaissance de l'autre et de sa fonction, une bonne qualité de communication ou un désir d'améliorer cette dernière.

Le soutien s'obtient auprès de ses pairs ou auprès de la hiérarchie

- **Première étape :**

Permettre l'expression verbale et/ou écrite des difficultés et accepter la subjectivité de l'autre. Cela peut aboutir à la mise en place d'une organisation : groupes de parole, réunions, projets.

□ **Deuxième étape si nécessaire :**

Un soutien psychologique qui comporte l'approche de la relation d'aide au patient et à sa famille et aussi ce qui atteint émotionnellement le soignant dans sa rencontre solitaire avec la maladie, la souffrance, la mort et l'ensemble des considérations humaines et éthiques qui s'y rapportent.

## **IV.2. Les groupes de paroles**

Le groupe de paroles a pour but d'aider et de soutenir le personnel soignant dans leur pratique quotidienne.

C'est un espace d'échanges, un temps de partage et il peut être à la fois un groupe de soutien en prenant en compte la souffrance des soignants et en régulant les dysfonctionnements internes, et un groupe de formation en favorisant l'apprentissage de la prise de parole, l'écoute et donc un enrichissement réciproque des membres du groupe.

Mais ce n'est ni un groupe thérapeutique, ni un groupe analytique. Ce n'est pas non plus un lieu de règlements des conflits.

Animer un groupe de parole ne peut s'improviser : cela nécessite compétence, expérience, confiance, et les règles de base sont le respect de la parole d'autrui, l'écoute, la confidentialité et le secret professionnel

Les limites sont nombreuses : l'investissement des soignants doit être suffisant, pas trop mal contrôlé sous peine de réveiller des conflits. Certains auront peur que ce qu'ils disent au sein du groupe de parole puisse être récupéré ensuite dans le travail...

Il ne faut pas oublier qu'une rencontre informelle de " couloir " entre deux collègues entre deux soignants peut aussi être de qualité et apporter un grand soutien social.

# **V. ÉTHIQUE ET SYNDROME D'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL**

---

Les questions éthiques à dimensions collectives sont :

- Le problème de la mort et de l'accompagnement de fin de vie
- La difficulté de relation avec les malades et les familles
- La communication des informations, l'annonce du diagnostic
- La douleur et la souffrance
- Les incertitudes concernant les traitements et les pronostics, les " situations difficiles "
- La qualité de vie insuffisamment prise en compte.

## **V.1. Dimensions éthiques de la relation d'aide**

On peut identifier trois concepts éthiques sous jacents :

- Le problème de la responsabilité dans la relation d'aide
- Le problème de l'altérité et de la relation d'amour de l'autre
- Le problème de la justice

Ces problèmes éthiques ayant un retentissement sur le soignant, ce dernier doit être intégré dans l'approfondissement et la réflexion sur l'éthique. L'éthique au quotidien implique un double mouvement :

- Les personnes qui s'y consacrent le plus assidûment (par intérêt, par compétence, par conviction) se doivent de la formuler de façon compréhensible pour tous, et ils ont à entendre le malaise éthique des soignants.
- Les soignants eux-mêmes doivent prendre la parole et oser dire leurs questionnements éthiques, car aucune question de sens n'est insensée.

On peut risquer l'hypothèse suivante : il se développe un hiatus entre d'un côté les valeurs et conduites professionnelles collectives, et de l'autre l'évolution des pratiques, de la technologie médicale et des consciences. Parce que tout change, les maladies, les malades, les technologies, les mentalités, les consciences, les soignants se trouvent dans des situations de désadaptation et de contradiction avec la réalité. Les soignants doivent s'y adapter et rétablir l'équilibre pour garder leur humanité.

## **V.2. Le problème de l'accompagnement de fin de vie et de mort**

En devenant de plus en plus scientifique et efficace, la médecine renforce l'inacceptation de ses limites et rend encore moins tolérables la maladie et la mort.

Les hôpitaux sont devenus des ghettos de souffrance de maladie et de mort. (Nous avons, nous vétérinaires les moyens de donner la mort, mais nous sommes malgré tout confronté de temps en temps à des propriétaires qui refusent l'euthanasie ou la dénie comme s'il n'avait pas entendu notre proposition... Il nous reste à gérer le problème de l'euthanasie)

Aujourd'hui n'est plus accepté aussi bien chez l'usager que chez le soignant, les drames normaux de toute vie humaine car la vie est, vie ET mort.

## **V.3. La difficulté de relation avec les malades et leur famille, la communication des informations, l'annonce du diagnostic**

C'est un facteur de stress reconnu.

Communiquer notamment des mauvaises nouvelles, des pronostics sombres, des traitements incertains n'est pas facile. Les patients ont le droit de savoir. Ils sont a priori capables de comprendre ce qui a été dit et on peut se demander au nom de quelles valeurs on interdirait l'accès à ces connaissances. Les personnes suite à un diagnostic se documentent de plus en plus.

Nous sommes ici dans une éthique de vérité en matière de communication et de respect de l'autre dans sa capacité d'autonomie et de lucidité. Mais la transparence ne résout pas tout. Quand au cours d'une urgence, l'angoisse des patients ou familles de patients s'expriment par des questions déstabilisantes : " Connaissez-vous cette maladie ? " " peut-on la soigner ? " certains vont poser au cours de maladie de longue durée des questions techniques pièges aux soignants.

Sur le plan psychologique l'annonce d'une mauvaise nouvelle, l'échec d'une thérapeutique, un état d'aggravation, l'annonce d'un handicap peut déclencher des réponses émotionnelles fortes telles que la sidération, la violence, la révolte, la dépression, la dénégation. L'annonce de la mort est encore plus difficile. Aussi la transparence peut-elle trouver ses limites.

Ce qu'on attend de nous est de trouver le ton juste et il faut s'adapter chacun avec son humanité.

## V.4. Attitude pour une annonce difficile

### V.4.1. *Attitude traditionnelle*

Elle était de ne jamais annoncer aux malades des nouvelles graves par crainte d'augmenter leur anxiété.

### V.4.2. *Deuxième attitude*

La deuxième attitude a consisté à toujours dire la vérité en totalité dès qu'elle est connue.

### V.4.3. *Attitude actuelle*

L'attitude désormais recommandée consiste à s'adapter à chaque malade pour lui délivrer la quantité d'informations qu'il souhaite recevoir au rythme qui lui convient afin qu'il s'adapte lui-même à la situation nouvelle.

#### □ **Il faut choisir le lieu et prendre le temps :**

Il est important d'être dans un endroit calme et isolé en laissant le patient réfléchir en cours de conversation.

#### □ **Donner une information claire et simple et accepter les réactions du malade :**

On peut écrire, dessiner, donner les informations pertinentes sur les scénarios possibles de la maladie ; on doit veiller ensuite à la compréhension. Le malade peut pleurer, être stupéfait, être en colère, dénier la réalité. Il lui faut sympathie, réconfort, compréhension.

#### □ **Il faut envisager l'avenir et permettre de garder l'espoir.**

On peut proposer de refaire un autre entretien physique ou téléphonique

#### □ **Faire participer la famille :**

Il faut absolument proposer des options thérapeutiques pour éviter le sentiment d'une perte de liberté absolue. On obtient un consensus entre soignant et patient

#### □ **Encourager le contact avec les autres.**

#### □ **Prendre des notes sur le dossier du malade.**

Ces notes écrites permettent d'objectiver une conversation et constituent une mémoire solide.

Les douleurs les souffrances, les incertitudes concernant les traitements, les situations difficiles, les pronostics sombres, la qualité de vie sont des facteurs qui concourent à l'épuisement professionnel. On peut les regrouper sous le terme de désespoir thérapeutique. Ces situations méritent des développements éthiques.

## VI. CONCLUSIONS DANS LA PROFESSION VÉTÉRINAIRE

Nous avons pu voir que nous manquait au même titre que la plupart des professions indépendantes, des réseaux d'entraide, de détection de troubles, de possibilités de nous arrêter pour réfléchir et pour prendre du recul ; nous ne disposons ni de médecine du travail ni d'aucune structure capable de nous aider si défaillance individuelle il y a.

Aussi ne pourrons nous compter que sur nous. Et sur la diffusion la plus étendue de ces informations, avec le cas échéant une aide de nos instances professionnelles, en ce qu'elles prendront en compte la notion de droit du soignant, de devoirs de l'usager, de l'obligation d'être au meilleur de nous-mêmes pour exercer notre métier, ce meilleur ne pouvant exister que si nous allons bien.

## VII. BIBLIOGRAPHIE

---

1. Source : " le syndrome d'épuisement professionnel des soignants " pierre Canouï/aline Mauranges éditions masson

*Résumé réalisé par Thierry Jourdan*