

*Le burn-out, une maladie de l'âme
en deuil de son idéal ?
ou Le questionnement
de nos idéaux*

Raymond Gueibe

Le burn-out, voilà un mot récent et pourtant déjà bien galvaudé. Toute négligence professionnelle devient son stigmate, toute absence de travail son symptôme. En son nom, se prépare une campagne de revendication de tout ordre : moins d'heures de travail, plus de gens, plus d'argent. Quelle est donc l'histoire — la vraie — du burn-out ?

Nous sommes en 1974 à New York. Un psychanalyste contemple sa ville et ses habitants et se pose des questions à leur sujet. Pourquoi dans cette ville, sans doute la plus riche du monde, symbole de la toute-puissance des États-Unis, fleuron du modernisme, terre d'accueil de la liberté statufiée, pourquoi donc dans cette ville, les gens ont-ils parfois l'air morne, triste, vide ?

Herbert Freudenberger — ainsi s'appelle notre héros — compare ses contemporains à ces grands bâtiments qui émergent de la ville après un bombardement : seule reste la carcasse du bâtiment, une paroi extérieure, une enveloppe vide dont tout l'intérieur a été consumé par le feu, par l'incendie : « le burn-out ».

Herbert Freudenberger poursuit sa réflexion et son analyse. Il élabore alors probablement la première et certainement la meilleure définition du burn-out : « une maladie de l'âme en deuil de son idéal ».

D'autres auteurs vont également s'intéresser au burn-out, et l'on peut maintenant considérer qu'il existe un consensus assez large à son propos : le burn-out n'est pas une maladie mais l'expression d'un profond malaise qui touche surtout les métiers de service — nous verrons pourquoi ! —, et s'il est un métier de service qui nous concerne tout particulièrement, c'est bien celui de soignant.

Un risque possible, ni plus ni moins

Le burn-out est là, tapi dans tous les métiers de service. Des conditions favorables — nous les identifierons — vont lui permettre de sortir du bois. Le burn-out frappe les plus fragiles parmi nous. Le burn-out n'est pas violent. Au contraire, il devient le compagnon — celui qui chemine avec — de ceux qui parmi nous se sentent à l'abri de toute dépression parce qu'ils ont la certitude dans leur idéal.

Certitude et idéal. Voici les deux concepts qui vont transparaître en filigrane dans une histoire que je me permets de vous raconter : l'entrée en burn-out de J.B. Identifiez dans cette histoire les éléments de votre vie professionnelle, mais de grâce, faites-le en riant de vous-même, l'humour est un bon vaccin contre le burn-out !

Je vous présente J.B. Ce jeune homme vient de terminer brillamment des études de gestion en administration. Depuis toujours, il ressent en lui le besoin de rendre service à son pays. Très jeune, il affirmait déjà à ses parents que « quand il serait grand, il serait fonctionnaire ».

Son idéal repose sur des vertus louées par ses concitoyens : vertus de justice, d'équité, de bien-être public. J.B. a longuement réfléchi pour savoir comment il allait pouvoir vivre de cet idéal. Une évidence s'est imposée à lui : il ne pouvait que travailler au ministère des Finances, dans le service chargé de la perception des impôts.

J.B. entre donc au ministère des Finances, section perception des impôts. Il est heureux, plein d'enthousiasme, un peu étonné tout de même de ne pas rencontrer cet enthousiasme chez ses collègues qui, bien évidemment, ont déjà quelques années d'ancienneté. Certes, J.B. sait bien qu'il doit être prudent, qu'il doit apprendre à connaître ses collègues, à identifier les conflits de services, à ne pas se laisser emporter par ces conflits, c'est comme cela dans tous les milieux de travail.

Après quelques mois (ou années), J.B. s'est bien adapté à son environnement. Mais il se pose tout de même quelques questions qui l'embarrassent. Il a de moins en moins l'impression de rendre service ! Les contribuables ne sont pas très sympathiques à son égard et l'État ne lui manifeste pas beaucoup de reconnaissance. Mais l'État est-il seulement au courant de son existence ? Il doit parfois aussi faire quelques concessions à son idéal de justice, il tergiverse certes, mais cela lui coûte quelques tourments. Il pourrait faire comme certains de ses collègues contemporains, il pourrait quitter son métier, reconnaissant simplement qu'il n'est pas dans les conditions pour vivre de son idéal. Ceux qui ont quitté aimaient leur métier, c'est le métier qui ne nourrissait plus leur idéal.

Mais peut-on toujours quitter une profession, c'est-à-dire abandonner la certitude d'une rémunération au prix d'un engagement incertain ? Parfois, il faut rester et s'accrocher !

Quelques collègues de J.B. le font, on dit qu'ils sont déprimés, qu'ils s'absentent souvent pour cause de dépression. Ceux-là parlent aussi volontiers de leur insatisfaction, de leurs malaises et de leurs tourments qu'ils ressentent lorsqu'ils doivent trop souvent faire taire leur idéal. En réalité, ils en ont de moins en moins de l'idéal. Ils survivent, sans plus.

J.B. n'est pas du genre à abandonner ni à se déprimer. Il acquiert d'ailleurs au fil du temps la certitude que son idéal de justice, d'équité et de bien-être public est le plus haut qui soit. Mais il constate aussi avec amertume qu'il a de plus en plus de difficultés à vivre cet idéal. Il se sent frustré et cette frustration

rejaillit volontiers sur son caractère. Il devient aigri, sombre et taciturne. J.B. connaît la cause de cette impossibilité à vivre un idéal pourtant tellement juste et beau. Il est entouré d'incompétents, de gens qui s'en foutent ! Ses supérieurs sont des incapables. L'État même ne veille pas à lui fournir le nécessaire pour mener à bien sa tâche si noble. Le matériel n'est pas là, les hommes non plus. De plus, peut-il lui, J.B., faire confiance à ces jeunes recrues mal formées et sans enthousiasme ? Il s'isole de plus en plus, il s'enferme avec ses dossiers qu'il analyse avec minutie, traquant la moindre erreur de procédure. C'est en effet l'application de la bonne procédure qui devient sa raison d'être, un client satisfait n'est rien à côté d'un dossier bien tenu, estampillé comme il se doit. J.B. est d'ailleurs tyrannique avec ses collègues. Il traque leurs erreurs qu'il souligne avec cynisme. J.B. est tout étonné lorsqu'on l'accuse de harcèlement moral vis-à-vis de ses collègues et subordonnés : il ne lui manquait donc plus que cela !

Le burn-out, vous l'avez constaté, n'est pas une dépression. J.B. ne se sent pas malade, il ne consultera personne. Il vit de frustrations, il est dans la position toute paranoïaque du persécuté, de l'incompris, du mal-aimé. Il est dans des relations déshumanisées, l'autre est devenu pour lui quelque chose « à traiter », un dossier à gérer. Le cynisme sous-tend toutes ses relations, tant avec les clients qu'avec ses collègues. En réalité, il n'a jamais remis en question son idéal ou ses idéaux soutenant sa vie professionnelle.

J.B. aurait pu tout aussi bien être un soignant.

Critique, connaissance et reconnaissance de l'idéal

Il existe des situations professionnelles qui, me semble-t-il, pourraient plus aisément créer du burn-out parmi les travailleurs.

Si une entreprise, pour des raisons tout à fait dignes et acceptables, est amenée à modifier son « objet social », alors le terrain professionnel devient plus fertile pour le burn-out. C'est par exemple le cas si une entreprise de service « public » devait opter pour une activité commerciale.

Une autre situation « à haut risque » existe si l'idéal à propos d'une activité ou d'un service — souvent idéal fort — ne correspond plus à la situation réelle, c'est-à-dire sur le terrain où doivent s'appliquer ces valeurs.

Prenons le cas d'une entreprise de service public développant par la suite une activité dite « commerciale ».

Je pense alors bien évidemment à la Poste belge, devenue il y a peu la Banque de la Poste, passage discret mais bien réel d'une activité de service public à une activité commerciale par excellence.

Il est évident que le management de l'institution a pris le temps de bien préparer ce passage, mais là n'est pas le propos. Simple-ment, je fus étonné ces derniers mois de voir en consultation de psychiatrie beaucoup d'agents de la Poste en décompensation dépressive, qui me parlaient bien volontiers du changement de comportement qu'ils observaient autour d'eux, chez des collègues qui ne me consulteraient pas. Et pour cause, la description qui m'en était faite — le caractère cynique entre autres — me laissait croire qu'il s'agissait bien de personnes en burn-out.

Et le problème m'apparut alors assez simple. Les « vieux » postiers avaient vécu durant longtemps de l'idéal de la Poste « service public ». C'était surtout vrai pour les personnes qui, derrière le guichet, rendaient des services et n'avaient pas d'autre but que rendre service. Avec la nouvelle orientation donnée à la Poste qui, devenue une banque, devait vendre les produits de la banque, les postiers devaient quitter un idéal pour s'habiller d'un nouvel idéal, tout de même différent du précédent. Les postiers qui me consultaient ne pouvaient pas adhérer à ce nouvel idéal. Dans l'ensemble, ils s'en voulaient — sur un mode parfois mélancolique — « d'arnaquer les clients ». Et ils me décrivaient aussi l'effroi qu'ils ressentaient devant leurs collègues, pourtant du même âge qu'eux, qui tenaient le coup. Ceux-là « n'étaient plus les mêmes ».

Ils étaient, me disait-on, comme clivés : ils pensaient toujours la même chose et ils agissaient différemment. Il se pourrait que

ces postiers « clivés » pensaient service public et agissaient commercial ! Et ils étaient devenus de bons commerciaux. Pouvaient-ils faire autrement ? Il me semble que non, ils étaient dans une impasse.

Je voudrais souligner que je ne mets aucune connotation de valeurs dans la description de ces idéaux pourtant bien différents. Un idéal ne m'apparaît pas supérieur à un autre, l'idéal commercial peut être bien noble, l'idéal de service public peut aussi parfois renfermer quelques perversités.

En outre, il n'y a aucun reproche ou aucune admonestation à adresser à une entreprise qui changerait d'orientation, c'est-à-dire d'idéal. Simplement, je constate que ce changement peut représenter un risque de burn-out pour les travailleurs à ce moment-là, ceci ne mettant pas en doute tous les talents déployés par le management pour assurer au mieux ce moment bien délicat.

Enfin, je ferai remarquer que dans nos hôpitaux se côtoient deux idéaux différents, complémentaires, indispensables pour assurer le fonctionnement de l'hôpital, lieu de soins. J'ose affirmer qu'à mes yeux ces deux idéaux sont tout aussi nobles et respectables. L'idéal de soins et l'idéal commercial peuvent vivre ensemble.

Une seconde situation « à haut risque » de burn-out me préoccupe davantage. Il s'agit de la confrontation entre l'idéal mythique et très fort attribué aux soins palliatifs et véhiculé dans la société, et la réalité de la pratique des soins dans des services de soins palliatifs.

L'idéal qui sous-tend — dans le public comme pour les soignants — les soins palliatifs est très fort et englobe d'une manière bien chaleureuse l'image d'une mort douce, sereine, dans le calme et la réconciliation familiale. Il faut indiquer la présence tout aussi forte d'une référence religieuse, catholique, qui a été à la base même de l'élaboration des soins palliatifs. Ceci est peut-être plus marqué en Belgique, royaume aux souverains catholiques, qu'en France, républicaine et laïque.

Or, pour le soignant travaillant sur le terrain difficile des soins palliatifs, force est de constater que la réalité ne répond pas toujours à l'idéal. La mort n'est pas douce, n'est pas sereine. L'angoisse est présente malgré la sollicitude et l'attention des soignants. La réconciliation familiale prônée n'est pas toujours possible. L'agonie se traîne parfois en longueur, se répète et finit par lasser l'entourage.

Dès lors, est-il possible que le burn-out puisse exister dans la pratique quotidienne des soins palliatifs ? Oui, hélas, ou comme dans toute pratique de soins.

C'est l'histoire triste et vraie de cet infirmier qui attend son procès en Belgique. Il est inculpé pour avoir abrégé la vie de patients dont il avait la charge en soins palliatifs.

« Juger, c'est de toute évidence ne pas comprendre. Si l'on comprenait, on ne pourrait plus juger », nous disait déjà Malraux. Alors j'essaie de comprendre. Et j'imagine que cet infirmier, lorsqu'il s'est engagé dans les soins palliatifs, avait aussi un cœur rempli de ce beau désir, sans doute le plus noble, d'être auprès des personnes en fin de vie, pour être là simplement, pour aider au mieux ces personnes dans la certitude de pouvoir assister à une mort douce, sereine et sans souffrance.

Mais la réalité est autre et notre collègue soignant l'a bien perçu. Il aurait peut-être pu quitter les soins palliatifs. Sans doute, mais il faut être solide psychologiquement pour accepter cette immense blessure narcissique : reconnaître qu'on s'est trompé d'idéal, faire le deuil de cet idéal. Il aurait pu aussi continuer, en se déprimant ? Oui, bien sûr !

Il a continué, en opérant en lui un clivage mortel : il a continué à croire en la bonne mort et avec cynisme — inconscient sans doute — il a donné la bonne mort. Le burn-out peut détruire l'autre, il peut même le tuer.

L'obligatoire questionnement de nos idéaux

Nous, soignants, vivons donc d'idéaux qui sous-tendent notre pratique, idéaux qui parfois se font tellement discrets et pourtant

tellement prégnants, que nous les considérons comme faisant partie d'un acquis définitif et incontestable de notre pratique. Qui penserait à contester le fait que la terre tourne autour du soleil. Notre manne aux idéaux est bien pleine et nous ne l'aérons pas souvent. Pourtant, il nous faudrait parfois inventorier le contenu de notre manne à idéaux. Nous aurions alors des sourires, voire des rires — de la gêne souvent — comme quand nous allons dans le grenier sortir de leur manne les vieux vêtements, chapeaux et souvenirs !

De la manne, j'ai sorti deux idéaux que j'aimerais dépoussiérer.

Le premier concerne cette curieuse certitude et croyance nous amenant à affirmer que tout ce que nous faisons dans nos soins, c'est pour le grand bien du malade. Et dès lors, nous l'encourageons à accepter les soins proposés, nous lui conseillons même très vivement d'y collaborer : c'est ce que nous appelons la compliance du patient au traitement. Et c'est sans doute une bonne chose. Et c'est tant mieux si nous avons de plus en plus des infirmières spécialisées dans l'éducation des patients à la santé. Mais voilà, l'histoire nous apprend que la compliance proposée aurait parfois pu être néfaste pour le patient.

Lorsque je suis sorti de l'école de médecine en 1974, j'avais appris qu'après un infarctus du myocarde, il fallait immobiliser le patient au lit durant six semaines au moins. Je pense — si ma mémoire est correcte — qu'ensuite tout effort important était interdit au patient. La reprise de la vie professionnelle était donc rare. De même, et bien évidemment, dans le contexte de l'époque, toute vie sexuelle était aussi interdite, sans entrer dans le détail qui aurait peut-être pu nuancer l'interdit.

Actuellement, « l'infar » est levé rapidement et tout aussi rapidement lui est imposée une gymnastique qu'il ne faisait bien évidemment pas avant son accident. La reprise d'une vie sexuelle est un signe positif et, en ce sens, encouragée : on a appris qu'on dépensait tellement peu d'énergie lors des rapports sexuels, à peine l'équivalent d'une ampoule de quelques watts.

Ainsi donc puis-je en déduire qu'en 1974, le patient non compliant qui quittait son lit trop tôt, qui reprenait son activité professionnelle quasi normalement, et qui ne se privait pas de relations sexuelles, ce mauvais patient-là se soignait mieux que le patient compliant ! Un cardiologue à qui j'expliquais cette déduction m'a donné comme seul commentaire qu'il avait effectivement fallu cinquante ans pour savoir qu'une activité après un infarctus du myocarde était salutaire.

Que faut-il interroger, sinon notre idéal, notre croyance dans les certitudes de notre science ? Quel désastre lorsque nous faisons ce retour en arrière et que nous passons en revue nos traitements imposés, nos plans de soins, nos techniques ! Qui peut nous parler du meilleur traitement des escarres ? Est-ce bien le dernier que nous appliquons actuellement ? Et qui peut me dire comment il convient de coucher bébé : sur le ventre, le dos, le côté et lequel ?

Quel désastre ? Peut-être pas. Mais au moins, cela nous fait rire ! Peut-être pas le patient... ! Car enfin, il fut une période — peu glorieuse — où nous avons culpabilisé les mères d'enfants autistes au nom de nos certitudes scientifiques. Et là, il n'y a pas de quoi rire.

J'aimerais pouvoir travailler comme les physiciens nucléaristes avec des certitudes que je sais fausses *in fine*, mais comme je n'en ai pas d'autres en ce moment, alors je vis de celles-là, avec beaucoup de prudence, un peu de suspicion et même un peu de distance, plus prompt à m'intéresser à l'inattendu qui jaillit de la relation que j'ai avec le patient, en sachant que l'incertitude calmera mieux ma soif de vérité.

De la manne, j'ai sorti un autre idéal que je soumets à la question. Je l'ai appelé : notre idéal de la neutralité émotionnelle. Je ne voulais pas d'emblée mentionner que ce qui me tracasse en réalité, c'est notre rapport à la nudité dans les soins.

Il semble acquis depuis toujours que le soignant n'a pas de sexe. C'est sans doute le lourd héritage que nous a laissé la forte présence religieuse dans la pratique des soins. Les religions — monothéistes surtout — n'aiment pas le sexe, source de beaucoup

trop de fautes et de tracas. Dans nos écoles de soins, on nous apprend que le soignant ne connaît pas le sexe, sinon comme une chose qu'il convient de raser, de toiletter, d'éponger. Le sexe du patient fait partie sans plus du répertoire d'organes qu'il convient d'observer, d'annoter, de mesurer éventuellement. Il convient pour le soignant d'être dans l'objectivité et non l'émotion.

Et cela rassure le patient qui doit se dénuder devant nous. Il a besoin de se convaincre que l'homme ou la femme qui est là face à lui ne ressent rien devant sa nudité : « il/elle en voit tellement, il/elle en a l'habitude » !

Mais alors, qui pourra m'expliquer par quel curieux mécanisme psychologique et physiologique un médecin homme peut rester insensible aux corps des femmes qu'il examine, pour que le soir venu, il accepte que monte en lui ce délicieux bouillonnement hormonal qui lui fait trouver belle et désirable sa femme ? Et inversement, la femme pour son mari et de même pour tout autre combinaison ?

Continuer à vouloir vivre à tout prix avec cet idéal de soins asexués nous amène vite dans l'impasse de nos sentiments troubles, incommunicables à notre entourage professionnel qui, bien entendu, ne comprendrait pas notre trouble, du moins le pensons-nous, puisque le soignant doit être asexué !

Reconnaître le trouble de la nudité, c'est aussi accepter de le gérer. Mais quel instrument avons-nous à notre disposition pour réguler le compagnonnage souvent obligatoire des soins et de la nudité ?

Notre déontologie ne suffit pas en elle-même. Certes, elle nous donne quelques grands principes mais s'intéresse peu à l'émotion.

Le management ne nous sera que de très peu d'utilité. Ce n'est pas le nombre suffisant de soignants dans l'unité de soins qui empêchera un patient de jeter le trouble par ses érections malvenues durant les soins.

Reste alors l'éthique que je peux trimballer avec moi au chevet du patient. L'éthique qui me force à me poser des questions : que suis-je en train de faire, ici et maintenant, et pour qui, pour quoi ?

Il existe beaucoup d'autres idéaux à questionner. Réfléchir un instant au paradigme qui anime notre pratique, pouvoir le comparer aux autres paradigmes en action dans l'hôpital permet souvent de retrouver le vrai sens à la multidisciplinarité, voire à l'interdisciplinarité.

Le questionnement éthique comme prévention à l'instrumentalisation de l'autre

Je rappelle les enjeux. Une caractéristique du burn-out est l'instrumentalisation du patient par le soignant. Le patient est déshumanisé, vidé de sa substance pour devenir cette « chose » qu'il convient de traiter, nettoyer, panser et gaver. Le patient est un élément parmi d'autres qui me permet d'accomplir ma journée de travail, selon les règles et sans état d'âme. Une « bonne journée » est une journée avec x toilettes, x repas et x soins, point ! Notez bien que s'il n'y avait pas de patients, cela pourrait aussi me convenir, à moi qui suis en burn-out !

Ce sont sans doute nos règles de « bonne conduite » qui nous ont amenés à régir avec plus ou moins de bonheur la présence de la nudité dans nos hôpitaux. Cabine de déshabillage, serviette que l'on étale pudiquement, rideau que l'on tire entre les lits. Ce sont sans doute ces mêmes règles qui nous amènent à expliquer au patient au nom de quoi nous allons en quelque sorte le violer, au moins lui voler son corps momentanément.

Mais c'est l'éthique qui nous interdit ce voyeurisme intellectuel qui nous amène — souvent dans les entretiens dits psychothérapeutiques — à interroger l'autre sur ses pratiques sexuelles, non pour mieux le connaître, mais par curiosité si ce n'est par plaisir, surtout si l'autre semble avoir des pratiques sexuelles tellement différentes de notre propre pratique.

L'acte de soins est en principe orienté vers le patient, il répond à un besoin du patient. Mais est-ce vrai pour tous les actes de soins ? Certains ne répondent-ils pas davantage aux besoins du soignant que du soigné ?

Je m'interroge beaucoup quant au sens des caresses que l'on prodigue aux patients dans le contexte des soins palliatifs. Si la caresse a comme unique but d'apporter un réconfort, un bien-être au patient, alors elle a un sens très honorable. Mais la caresse entre adultes s'inscrit dans un échange amoureux. Le nouveau-né reçoit des caresses qu'il ne peut rendre. Un patient en fin de vie serait-il un enfant qui ne peut rendre les caresses ? Si non, quel échange a lieu ? Si oui, à qui la caresse profite-t-elle le plus ? Si c'est à celui qui la donne, alors force est de constater que celui-ci se nourrit du patient et ce corps à corps inégal n'appartient plus à l'acte de soins.

Instrumentaliser l'autre, c'est aussi vouloir l'amener dans sa propre idéologie. C'est sans doute ce qu'a fait notre infirmier à Tournai. C'est sans doute la dérive la plus inquiétante dans les soins palliatifs. « Convertir » l'autre à notre propre conception de la mort, avec la nécessaire réconciliation familiale, la découverte de la sérénité pré-mortem, l'explication du sens, philosophique ou religieux, de la mort.

Une mort sans révolte, sans angoisse, à assumer pleinement. Tout ceci parfois en contradiction avec la réalité de la vie — et de la mort — dans les unités de soins palliatifs. Lors d'une rencontre avec des psychologues travaillant en soins palliatifs, en Belgique, nous parlions de ces agonies qui n'en finissent pas, de ces patients qui semblent entrer et sortir dans la mort au risque d'épuiser l'entourage. Alors, une psychologue pose cette question : « combien de pareilles agonies pouvons-nous accepter chez un patient ? »

Serons-nous tous touchés par le burn-out ?

Non, grands dieux, non ! Il y a des soignants heureux et qui le resteront.

L'interrogation de l'idéal est une excellente prévention pour ne pas verser dans le burn-out. Cette interrogation peut se faire au travers de « lieux de parole ». Ceux-ci ne peuvent plus être un lieu où, utilisant une référence et une technique proche de la psycha-

nalyse, le groupe de soignants apprenait à comprendre les motivations du patient, sa dynamique propre, ses réactions face à la maladie. Ce n'est en aucun cas un groupe thérapeutique pour soignants, où ils peuvent parler de leurs émotions. L'art thérapie répond davantage à ce besoin. Il s'agit bel et bien d'une réelle formation continue, permettant aux soignants de se remettre en cause, de « rendre compte » à eux-mêmes de leur pratique. Le modèle s'inspire de l'approche de la psychologie médicale qui analyse la dynamique particulière unissant soignants et soignés, c'est-à-dire le processus qui anime la relation lorsqu'on est face à la maladie, la maladie du patient que soigne l'infirmière ! En quoi moi, le soignant, j'interfère dans la maladie de l'autre, par mon attitude, mes croyances et mes conceptions préalables, par mes connaissances professionnelles ? Comment et pourquoi le patient interfère dans le processus de soins mis en place pour son plus grand bien ?

Les références théoriques seront reprises à l'approche psychosociologique de la maladie et des soins. En effet, s'il convient de sortir au plus vite de la seule référence médicale des théories de soins, il convient d'élargir son appréhension de la maladie à la santé, et de resituer notre activité dans le vaste champ de la société. En bref, il nous faut quitter nos hôpitaux pour faire une balade en ville. En ce sens, l'approche sociologique m'apparaît primordiale.

Faire ce chemin du questionnement avec un peu d'humour nous aidera sans doute. Il faut un peu d'humour pour se faire mettre à nu, et accepter peut-être d'essayer d'autres habits. Il faut beaucoup d'humour lorsqu'on se penche sur notre passé de soignants, sur nos anciennes théories, plans de soins et traitements. L'humour permet de fonctionner sans trop y croire, l'humour évite de se prendre la tête.

Mais si on accepte d'interroger nos idéaux, de les remettre en cause, alors nous acceptons aussi de courir le risque de changer, et de devoir nous adapter, pour redynamiser notre idéal et, pourquoi pas, pour remodeler un autre idéal. L'interrogation de l'idéal, son

idéal et celui de son groupe, m'apparaît comme étant la meilleure prévention du burn-out.

Interrogation, changement, reprise, comptes à rendre... peut-être qu'il n'y a pas de routine chez un soignant heureux !

Accepté pour publication
le 17 février 2003

Mots clés

Burn-out • Relation de travail •
Relation soignant-soigné • Idéal •
Satisfaction professionnelle •
Insatisfaction • Deuil •
Questionnement • Prévention

Raymond Gueibe
Psychiatre de liaison
Clinique Saint-Pierre,
Ottignies, Belgique

