

Claire Sellier

Médecin psychiatre, Diplômée du DIU « Soigner les Soignants », Universités Paris 7 et Toulouse 3, 9 rue Ampère, 01200 Valsenhône

Correspondance : C. Sellier
sellier_claire@orange.fr

(Auto)portraits de soignants en souffrance

Résumé

Un portrait de soignant en souffrance se dessine à partir de la pratique de groupes thérapeutiques à médiation destinés à des professionnels de santé hospitalisés. À l'origine du choix professionnel, on retrouve souvent un idéal humaniste ou une histoire familiale marquée par la maladie. En exerçant, le soignant se retrouve pris entre une volonté d'accomplissement tourné vers les patients et la nécessité de se protéger face à des expériences fragilisantes ou traumatiques. Mettre des limites est un exercice difficile. L'épuisement survient, physique et/ou psychologique. Demander de l'aide, se tourner vers les soins n'a rien d'aisé pour un soignant. Il consulte le plus tard possible. Le burn-out est là. Il se demande comment il aurait pu l'éviter et s'il va continuer à être soignant.

• Mots-clés

professionnels de santé ; burn-out ; syndrome d'épuisement professionnel.

Abstract. Self-portraits of suffering caregivers

A portrait of a caregiver in pain emerges from the practice of therapeutic mediation groups intended for hospitalized health professionals. At the origin of the professional choice, we often find a humanist ideal or a family history marked by illness. By practicing, we find ourselves caught between a desire for patient-oriented accomplishment and the need to protect ourselves against debilitating or traumatic experiences. Setting limits is a difficult exercise.

Médecin psychiatre, responsable jusqu'à récemment d'une unité d'hospitalisation destinée aux professionnels de santé¹, j'ai animé des groupes thérapeutiques avec ces patients pendant près de deux ans en utilisant l'écriture comme média. Dans la réflexion sur ce travail groupal, le premier fil conducteur a été de démarrer par une proposition issue du DIU « Soigner les Soignants » : « Comment je me soigne, comment je prends soin de moi ? ». Les autres propositions ont découlé les unes des autres après la première séance.

Je vais adopter pour décrire ce travail le temps du présent, par commodité et pour mieux restituer la vitalité de ce qui s'est passé. De même, j'adopterai le genre masculin qui garde valeur d'universalité dans l'usage de notre langue mais gardons à l'esprit que ce travail est le reflet d'une réalité très majoritairement féminine car nos soignants-patients hospitalisés sont à 80 % des femmes, proportion fidèle à la démographie française des professionnels de santé [1].

Les propositions d'écriture sur lesquelles le groupe a travaillé sont les suivantes :

- Comment je me soigne ? Comment je prends soin de moi ?
- Comment je suis devenu soignant ?
- C'est quoi pour moi être soignant ?
- Puis-je être un bon soignant si je suis fragile, si je ne suis pas attentif à mes propres besoins ?
- Être soignant, si c'était à refaire ?

Après dix minutes d'écriture s'engagent des échanges riches, donnant lieu quelquefois à des débordements émotionnels. Se dessine au fil des séances un portrait complexe du professionnel de santé. C'est ce portrait que je vais essayer de reproduire ici.

Comment devient-on soignant ?

Dans nos échanges, il est souvent question de déterminisme familial et de filiation : famille de soignants, culture familiale, modèle parental, père, mère, tante qui rentraient heureux de leur travail, qui donnaient envie. Il est question de « la potion dans laquelle je suis tombé étant petit » et de l'identité familiale mais aussi « du prix à payer pour faire partie de cette famille » et l'histoire plus rare d'une fille illégitime qui a « fait médecine » pour retrouver son père biologique, chef de service hospitalier, qu'elle ne connaissait pas.

La vocation est évidemment évoquée : c'est quelque chose d'écrit, une évidence, c'est là depuis toujours comme une passion. L'enfant joue au docteur, à l'infirmière, prend soin des animaux. Le jeu est détaillé : « l'entonnoir comme respirateur, le balai comme potence, le scotch pour poser la perf ».

L'idéal est mis en avant ainsi que les valeurs qui le soutiennent : besoin de se sentir utile, aller vers les exclus, les étrangers, rendre la vie des gens

¹ Clinique de Chatillon à Valsenhône dans l'Ain, ouverte en 2018.

Exhaustion occurs, physical and/or psychological. Asking for help, turning to care is not easy for a caregiver. We consult as late as possible. The burnout is there. We wonder how we could have avoided it and if we will continue to be caregivers.

• **Key words**
caregiver; burnout syndrome; exhaustion

doi : 10.1684/med.2023.850

meilleure ou moins pénible, donner ou faire plaisir aux autres, aimer les autres ou leur contact, communiquer, désirer faire du bien (même trop).

Il y a aussi une dimension sociale : réparer des injustices, montrer de la solidarité face aux inégalités, partir comme bénévole lors des crises humanitaires et même sauver le monde !

À l’opposé, un patient, provocateur, évoque la jolie secrétaire et la belle voiture du dentiste qu’il allait consulter enfant et qui, selon lui, ont déterminé sa vocation.

L’idéal est en lien avec sa propre histoire : réparer, se réparer, s’accomplir (après une orientation frustrée et contrainte), se questionner sur sa propre force, désirer être « *celui qui apporte la lumière* » et donner l’amour qu’on n’a pas reçu.

Le désir de réparation vient de son histoire familiale traversée par la maladie [2]. Les patients-soignants racontent comment la maladie et le soin se sont tressés ensemble. Ce peut être une scène fondatrice, un épisode marquant, le décès du père ou du meilleur ami, une sœur malade, un bébé décédé et une mère ravagée, une amie anorexique, la différence, le handicap. C’est un traumatisme. L’une a été pendant l’enfance spectatrice impuissante de la maladie, au contact de la souffrance, elle a ressenti le besoin de soins et les points de souffrance qui poussent à prendre soin d’autrui, réparer, conjurer le sort, consoler, protéger, soigner maladroitement une mère victime d’un AVC... Il s’agit de comprendre le monde, chercher des réponses pour les autres et pour soi-même. Il s’agit aussi de se protéger, par exemple fuir un père alcoolique.

Avoir été aidé donne envie d’aider, avoir expérimenté le manque d’aide aussi... ou tout simplement, « *si moi j’avais la chance d’aller bien, il me semblait logique d’aider ceux qui en avaient besoin* ». Mais on s’oublie souvent en désirant aider les autres.

On devient soignant en pratiquant, c’est un cheminement long, ce n’est pas un hasard. Cela tient dans la relation avec les gens, le toucher, le contact, l’effort physique. Et rapidement des questions se posent : comment avoir de l’empathie sans être trop proche ? Être présent sans s’imposer, accompagner sans diriger ? Le soignant sent qu’il fait du bien aux patients, il apprend le relationnel avec eux, avec ses collègues, avec l’expérience mais il ressent le besoin d’une formation à la relation.

Devenir soignant, c’est découvrir et conforter ses compétences, apprendre en travaillant, observer les autres soignants, les collègues qu’on admire... Apprendre en se trompant (pas trop) : il y a une culture positive de l’erreur. Il y a aussi le savoir implicite : Éric Galam identifie le curriculum caché (*hidden curriculum*) qui se construit à partir de règles implicites qu’il vaut mieux taire [3], « *ce qui est connu des coutumes et des rituels intimement impliqués dans la construction de ce qu’est une “bonne” et “mauvaise” médecine* » [4]. Cela participe à la formation des professionnels de santé tout au cours de leur vie.

Certains patients nous font devenir soignants et nous font grandir. Une soignante se souvient d’une expérience au détail près, le décès d’un enfant pendant un soin... Les histoires des patients se mêlent à nos histoires personnelles.

Il s’agit de trouver sa place, « *ni paillason ni hérisson* » : un jour « *j’ai eu la confirmation d’être à ma place en face des patients* ». Ça s’est construit comme ça, construction mentale, colonne vertébrale, statut, stabilité. C’est devenu une structure. Identité et profession se juxtaposent. Être soignant nécessite d’ajuster le curseur entre d’une part, une « *force* » qui serait toute-puissante, comme une « *armure* », et d’autre part, une fragilité qui rendrait trop perméable aux intrusions, aux douleurs, à tout ce qui peut faire agression pour le psychisme. Cela nécessite

d'aménager, d'assouplir un idéal souvent tyrannique [5], avec les caractéristiques que l'on va décrire, dont le risque majeur est de conduire à l'épuisement.

Être soignant, comment le décrire ?

C'est allier compétence technique et compétence humaine, « agir et rassurer ». La dimension relationnelle est longuement détaillée. C'est prendre soin, être à l'écoute des besoins des patients (au risque de s'oublier), être dans l'empathie envers la souffrance et les difficultés, comprendre et soulager ceux qui ont une expérience de vie difficile, accompagner l'autre dans son autonomie, offrir un lieu d'accueil, un espace d'expression, rester solide et sans faille pour gagner la confiance du patient... Cela demande présence, attention, bienveillance, tolérance envers la singularité de chacun, discrétion, compassion... Cela s'accompagne en retour de satisfaction et de gratification, dans la dimension relationnelle mais aussi sociale, donner et recevoir, apprécier le regard du patient apaisé, s'investir à deux : alors un lien particulier se noue, une réconciliation, un partage d'émotions. Il s'agit d'intervenir sur l'autre en le protégeant, en respectant sa liberté, proposer sans imposer, être facilitateur d'autonomie ou d'indépendance.

En filigrane de ce portrait idéal, idéaliste, se pose la question de l'identification

« *Le patient, comme si c'était moi ?* » Être dans l'émotion avec un patient, ça peut ouvrir une porte. C'est un tableau exigeant, s'occuper d'autrui idéalement, avoir la vocation, « *se sentir humain parmi les humains* », soigner de façon unique en mettant le patient au centre, « *en le faisant passer avant moi* ».

Il y a aussi une dimension technique : faire des soins demande une formation, des compétences, une technicité, apprendre à travailler en équipe, être soignant à plusieurs, apprendre la déontologie, l'éthique, essayer d'être créatif, d'identifier et mobiliser les ressources des patients et de les transformer en force. Il s'agit de savoirs, savoir académique, savoir-faire, savoir-être. Il s'agit de ne pas se tromper. Le décalage entre les études et la réalité est parfois brutal.

Le soignant acquiert aussi une identité sociale : être utile, avoir une place dans la société, être reconnu, être respecté, être applaudi à 20 heures lors du confinement. C'est la consécration d'un besoin de sens. L'identité se confond avec le rôle de soignant.

Il y a des limites

« *Il faut être bien dans ses baskets* ». Les soignants ont le devoir de s'occuper d'eux-mêmes. Il est nécessaire de prendre de la distance, d'être à la « *bonne distance* », de mettre un cadre, ne pas se laisser envahir, garder sa neutralité, respecter l'équilibre entre « *ce que je donne et ce que je peux donner* », s'aménager des sas de décompression. Avoir tout vécu, être « *solide à tous les étages* » n'est pas nécessaire pour être un bon soignant. Être fort, avoir une bonne assise, c'est bien mais quelquefois « *l'ego est surdimensionné* ». D'ailleurs, être fort et sans faiblesse, cela existe-t-il ?

La fragilité peut avoir des atouts

La sensibilité et l'émotivité permettent de mieux comprendre les autres. « *Mes fragilités font partie de mes richesses* ». Les soignants le reconnaissent, être fragile c'est quelque chose de complexe, pas forcément mauvais ni marque de faiblesse. Il faut apprendre à faire avec sa fragilité qui peut être synonyme d'empathie et de sensibilité. Mais il est préférable d'avoir conscience de ses fragilités et de les mettre en mots pour qu'elles se transforment en forces.

Avoir traversé des épreuves relève de la compétence expérientielle, de même avoir été patient transformé en un meilleur soignant... Cela renvoie à la notion de résilience, « *qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique de manière à ne pas, ou plus, vivre dans le malheur et à se reconstruire d'une façon socialement acceptable* » [6]. Boris Cyrulnik médiatise en France le concept de résilience [7]. Mais la résilience reste l'exception et non la règle, la marque du traumatisme est le plus souvent indélébile.

Comment ajuster son curseur interne en fonction des épreuves de la vie, entre fragilités, traumatismes, défenses psychologiques du « surmoi » et idéal ? L'idéal que l'on porte en soi est un moteur à condition qu'il ne s'emballer pas !

Est-ce que je me soigne en soignant les autres ?

Cette question revient souvent. On peut être soignant pour compenser sa fragilité, la mettre de côté, l'oublier, par exemple devant des cas graves, se soigner en se sentant en bonne santé à côté des malades, laisser ses problèmes au vestiaire, recouvrir l'abcès, essayer de faire comme d'habitude. « *Je suis comme le roc* ». Faire du bon boulot, c'est une gratification, ça permet de tenir le coup.

Soigner les autres et les faire passer avant soi conduit aussi à éviter de se soigner. Ou bien est-ce une façon (détournée) de prendre soin de soi ? Qu'est-ce qu'on répare en étant soignant ? Savoir reconnaître les besoins

d'autrui est plus facile que reconnaître les siens propres, cela permet d'être moins impliqué émotionnellement. Donner plus, aller plus loin, garder la conviction d'être un bon soignant : est-ce une illusion ?

Les soignants réalisent que prendre en compte leurs propres besoins leur permet de devenir de meilleurs professionnels. Il s'agit de repérer les signaux précoces de l'épuisement, ne pas attendre le burn-out, ne pas attendre de ne plus avoir le choix. « *S'écouter pour entendre le petit enfant présent en nous* ». Comment identifier ses émotions, les signaux de notre corps et les verbaliser ? Les banaliser est fréquent.

Quels signaux doivent alerter ?

Ça peut commencer par une diminution de ses compétences et de ses capacités, être moins performant, irritable, parfois agressif, plus suffisamment rassurant, perdre patience avec les patients, avec les collègues, avoir peur des reproches, démarrer au quart de tour... Le danger est de devenir maltraitant en se protégeant trop, de fonctionner en « *mode robot* » épuisant, faire semblant, jouer un rôle, se blinder. Quand on a encore la force de prendre sur soi, on met un masque, une armure mais c'est dangereux, c'est risquer des erreurs. Les exigences des patients, leur possible tyrannie deviennent insupportables.

Le soignant n'est plus à l'écoute, insatisfait du travail qu'il fournit, coupable de ne pas aller bien vis-à-vis de ceux dont il s'occupe. Se négliger c'est négliger les patients. Il s'interroge : « *jusqu'ou, jusqu'à quand s'occuper d'autrui quand je suis fragile ?* » C'est une utopie, un non-sens, quand être là pour les autres s'oppose à être là pour soi. Quand il n'y a pas de frein, le désir de perfection et le surmenage mènent à l'épuisement.

« *Je deviens manipulable, je n'ai plus la force ou la capacité de mettre des limites : donner un peu plus et un peu plus encore, risquer de m'effondrer davantage. Le travail m'abîme. Je parle à mes enfants comme s'ils étaient des patients, je les fais garder pour aller travailler quand ils sont malades, je vais travailler même quand je suis en repos ou mal fichu.* » C'est une inversion du paradigme : être irremplaçable pour ses patients mais pas pour sa famille. « *Je ramène les patients à la maison. Les patients occupent toutes mes pensées* ». Le cabinet fonctionne comme le psychisme : même quand c'est verrouillé, les patients rentrent. Il n'y a plus de limite entre vie professionnelle et vie privée, on ne laisse plus la blouse au vestiaire. Le soignant est englouti dans le travail, la pensée permanente du travail, c'est une oralité passionnante, dévorante.

Ce trop grand investissement physique et psychologique met en danger [8]. La rupture avec l'épanouissement date de longtemps avant la fatigue physique, c'est insidieux et « *ça fait péter tous les pans de la vie* ». À un certain point, c'est l'emballement jusqu'à l'épuisement, il n'est plus possible de rester soignant : « *J'écoute mais je n'entends pas* ». Le soignant est en lutte avec lui-même pour sa propre survie, il est mis à mal par l'angoisse, « *la broyeuse* », les blessures non soignées, le vacarme des

échos et des réminiscences est trop fort, il n'arrive plus à avoir la maîtrise, il est submergé, il perd pied le corps lâche. Il s'isole, il n'entend plus les collègues, il tourne en rond. Il y a quelque chose dans le métier qui serait du tout ou rien : pour échapper au tout, aller dans le rien. « *Le travail m'a bouffé* ».

Il n'y a pas de différence majeure entre soignants en institution et soignants qui travaillent seuls, pas plus en ce qui concerne les étudiants [9]. Même si les facteurs et les parcours qui conduisent au burn-out ne sont pas identiques (maltraitance institutionnelle, isolement délétère...), les mécanismes internes qui se mettent à l'œuvre se ressemblent.

Aller vers les soins

D'autant que le fait d'être soignant empêche de se faire soigner [10]. Les professionnels de santé préfèrent gérer les choses eux-mêmes, par abus de confiance en eux, par peur de montrer leur faiblesse, par crainte d'être disqualifiés, par honte. « *Je me soigne moi-même, je m'automédique* ». Il est difficile d'aller voir les collègues alors ils n'ont pas de médecin traitant, ils ne consultent pas, ils consultent au dernier moment [11].

Le soignant croit à la magie

« *Quand on est soignant, la maladie ne peut pas nous atteindre, on est à l'abri* ». Il se sent coupable d'aller vers le soin, comme si les autres étaient plus légitimes à se faire soigner que lui-même (idem pour ses propres enfants). Orgueil, prétention ? Il a une mauvaise image de lui, il ne pas fait attention à lui : nourriture rapide, somnifère, arrêt du sport, alcool, tabac ou cannabis pour faire baisser la pression. Il n'ose pas demander de l'aide, il est inconscient ou sourd à ses propres besoins. Les soignants ont une grande tolérance à leurs propres souffrances.

Le seuil minimal c'est ne pas se laisser aller, être propre et décent. Il faut rester présentable pour les autres et pour soi. C'est si dur de prendre soin de soi quand on ne va pas bien, plus facile de camoufler ce qu'on ne soigne pas.

« *Prendre soin de moi ? Je ne sais plus faire, pour peu que je ne l'aie jamais su. Je me sens perdu, je me force à pratiquer un loisir sans en profiter, ces moments où je suis censé me faire du bien deviennent bien trop coûteux. Je me néglige comme si je voulais me punir, "de quoi je me punis ? de quoi je me sens coupable ?", je sais écouter mes patients, je ne sais pas m'écouter moi-même. La douleur d'autrui relativise la mienne. Je n'écoute pas les alarmes, j'attends trop, je fais du sport à en souffrir : je supporte la douleur au maximum, je me sens vivant quand je souffre* ».

Les seules sensations qui persistent sont liées à la douleur

« *C'est quoi les symptômes du bonheur ? Je ne ressens rien, mon corps est froid* ». Les douleurs, les émotions, les pleurs et la souffrance deviennent preuve d'existence. Prendre soin d'autrui revient à se négliger soi-même jusqu'à la maltraitance, la souffrance somatique légitime. Il s'agit de rester un bon soignant, à ses dépens, jusqu'à ce que le corps lâche. Il y a un côté sacrificiel : abnégation, dévouement, continuer tant que ce n'est pas insupportable... Les signaux s'allument de plus en plus fort, s'accorder du temps est devenu impossible, « *J'ai envie de mourir plutôt que d'aller au travail* ». « *Marche ou crève* ». La réponse est radicale : le corps lâche. Surviennent la fracture ou la maladie grave qui obligent à s'arrêter, qui donnent « une chance » de s'écouter enfin. Ou bien un matin, se lever du lit est impossible. Ou arrivent les idées noires, les idées suicidaires, une façon ultime de dire stop [12]. « *Personne autour de moi n'a vu que je n'allais pas bien* ». C'est l'hospitalisation, en soins somatiques ou en psychiatrie. Il est difficile de se retrouver de l'autre côté de la barrière.

Comment prendre soin de soi ?

Comment éviter d'en arriver là, où placer le curseur ? On distingue différents degrés dans la façon de prendre soin de soi. La recherche du bien être en est le premier aspect, insuffisant face aux fêlures d'une vie de soignant.

Voilà à quoi rêvent les soignants hospitalisés : tout ce qui leur a manqué, ce qu'ils n'ont pas été capables de préserver face aux débordements émotionnels internes et externes du quotidien professionnel et personnel.

Ils voudraient se (re)mettre comme priorité les soins primaires : dormir, manger, se laver, marcher, respirer, refaire des petites choses quotidiennes, prendre du temps pour soi. Cela se décline de multiples façons : faire du sport, voyager, voir des amis, prendre un thé ou un bain, passer du temps avec soi-même, être vacant, faire ou écouter de la musique, danser à nouveau, dessiner, lire, écrire, s'occuper de son corps par l'alimentation, le sport, le massage, le toucher, le plaisir, marcher en forêt avec le chien, faire de la cohérence cardiaque, du yoga, de la méditation, arrêter de fumer. Être avec ses proches, ne pas regarder les infos, ressentir de bonnes sensations physiques, réintégrer son corps, se sentir porté, bercé...

Au-delà de ces mesures de bien-être, ils prennent conscience de la nécessité qu'il va y avoir d'alléger les journées et les relations sociales et professionnelles, en travaillant moins, en identifiant leurs besoins et leurs limites, en baissant leurs exigences. Mettre une frontière entre vie professionnelle et vie privée, prendre moins à cœur les soucis d'autrui, réduire la charge mentale, s'exprimer, affirmer ses envies, être en proximité avec soi-même, écouter ses besoins pour les satisfaire. Ils vont

avoir le devoir de s'occuper d'eux, d'être bienveillants envers eux-mêmes. Ils apprendront à utiliser le bouton « off », à reconnaître leurs forces et leurs faiblesses, leur valeur, leurs compétences, à bien s'entourer, à être en accord avec leurs valeurs. Il leur sera quelquefois nécessaire de s'arrêter pour se préserver, se protéger. Travailler peut faire du bien mais jusqu'à un certain point, respecter ses propres limites s'apprend aussi. La famille, les intérêts personnels, les activités artistiques seront l'oxygène pour pouvoir fonctionner. Le travail ne sera plus au centre. Il faudra apprendre à dire non.

Mais comment mettre en application ce qui nous ferait du bien ?

Beaucoup ont lu des livres de bien-être, malgré cela la maladie, le burn-out, l'hospitalisation sont survenus.

C'est là qu'il est nécessaire d'ajuster le curseur entre l'idéal qui nous a poussé à devenir soignant et l'écoute de nos propres fragilités et traumatismes infantiles. L'idéal est tyrannique, c'est porter en soi le propre moteur de son épuisement. Comment lui tenir la bride ? Panser ? Compenser ? Les frontières sont incertaines. Essayer d'être au clair avec ce qui nous a conduits à devenir soignant aide à mieux cheminer.

Travailler en équipe ou en réseau, entreprendre une psychothérapie ou une supervision, commencer un groupe Balint [13], sont autant de lignes de protection qui, celles-ci, ne sont pas des fortifications mais apportent souplesse et possibilité de remaniements. Cela permet de réaliser qu'il est possible de recevoir les émotions et de les digérer sans se laisser envahir, sans y perdre des plumes...

De même, être malade et accepter de se faire soigner, demander de l'aide, ce n'est pas un échec. Prendre conscience de ses propres besoins perturbés, accepter l'aide humaine et médicamenteuse, confier ses difficultés, accepter d'être malade et se laisser soigner, accepter une hospitalisation [14], autant de résolutions pour (re)trouver un fonctionnement harmonieux, se retrouver soi-même.

Et les conditions de travail ?

Tout n'est pas psychologique. Il ne faut pas faire l'impasse sur les difficultés sociales du travail de soignant et garder en tête les contraintes spécifiques de ces métiers : la vie décalée avec les enfants, les horaires coupés interminables, le manque de temps. Les salaires ne sont pas à la hauteur de l'investissement humain qui est demandé, les conditions de travail sont dégradées : moins de personnel pour des tâches plus nombreuses, plus techniques, où le relationnel est négligé. Les valeurs ne sont plus partagées, l'administration peut être ingrate ainsi que les patients. « *La direction détruit l'équipe, on est harcelé par le chef, 4/5^e de l'équipe sont en burn-out, pourtant il y a encore plus de patients, moins de locaux* ». Les dirigeants ne comprennent pas le soin :

défaut d'organisation, défaut de communication. « *En 30 ans, il y a encore moins de moyens* ». Faire des actes, de la rentabilité déconsidèrent le métier de soignant.

Les soignants souffrent de ne pas être en accord avec les gens avec qui ils travaillent : c'est un facteur d'épuisement. « *Les conflits ça me terrorise* ». Ils ont l'impression de n'être plus grand-chose, qu'être soignant ce n'est plus rien, ça n'a plus de sens. Les qualités nécessaires ne sont plus suffisantes. La gentillesse et la bienveillance ne suffisent plus. Le patient n'a plus de respect, il y en a qui crachent, qui frappent, qui disent « *j'ai du fric, je veux* ». Alors, on arrache sa blouse blanche, on arrache son identité, on casse le mythe.

Pas la vocation ? Plus la vocation ? Comment garder le cap ?

Jusqu'à quand garder l'envie d'être soignant ? C'est la question inévitable que se posent les soignants hospitalisés. Pour certains c'est impossible d'y renoncer. « *J'adore mon travail, travailler me procure de la joie, ça fait partie de moi depuis toujours, ça fera toujours partie de moi* ». Mais il faut apprendre à poser des limites pour continuer à en tirer des satisfactions.

D'autres regrettent : « *Ce que j'avais à offrir n'a pas suffi* ». « *Le soin est une machine à broyer* ». « *C'est une*

guerre qu'on ne contrôle pas ». Ils n'arriveront pas à mettre des limites. Les conditions de travail se sont trop dégradées.

Alors, que faire ?

S'occuper de chevaux, d'animaux, faire un bilan de compétences, de l'humanitaire, voyager, ouvrir un bar à chat... Faire son deuil et après ? « *Actuellement je n'ai plus d'objectif, plus d'envie. Je suis arrivé au bout mais que faire d'autre ?* ». Pour tous, c'est une réflexion fréquente, quotidienne...

Ou recommencer autrement, en prenant d'abord du repos et du recul par rapport au métier, envisager une reprise future, plus ou moins lointaine mais certaine, essayer de faire différemment, prendre de la distance par rapport aux patients, dire à l'employeur quand ça ne va pas, demander des horaires fixes, s'imposer un cadre. Un boulot plus soft, avec moins d'heures. Poursuivre la psychothérapie entamée pendant l'hospitalisation. Désirer encore progresser dans son métier, reprendre des études, travailler dans des secteurs différents, en tout cas rester dans le domaine du contact humain. Continuer à soigner les gens d'une autre façon. La réparation continue à être un moteur. « *Le métier colle à la peau* ».



Pour la pratique

- Entre surinvestissement et épuisement, pour prévenir le burn-out, les soignants doivent (se) poser des limites et apprendre à dire non, ne pas hésiter à consulter sans trop attendre, faire appel si besoin à une psychothérapie ou une supervision.

~ **Liens d'intérêts** : L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Bachelet M, Anguis M. Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. *Drees. Études et Résultats* 2017 ; 1011. (Cité le 21 mars 2023). Disponible à l'adresse suivante : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/les-medecins-dici-2040-une-population-plus-jeune-plus-feminisee-et>
2. Feldman E. Le burn-out des soignants. Avril 2013. Disponible à l'adresse suivante : https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/ebim/documents/le_burn_out_des_soignants.pdf

3. Galam E. Soigner les soignants, la formation implicite des médecins et leurs fragilités. *Médecine* 2015 ; 11 (9) : 388-90.
4. Galam E. Devenir médecin : éclairer le hidden curriculum. L'exemple de l'erreur médicale. *Presse Med* 2014 ; 43 (4) : 358-62.
5. Daloz L. Épuisement professionnel et blessures de l'idéal, Réflexions cliniques sur la désillusion des soignants et la formation initiale. *Pédagogie Médicale* 2007 ; 8 (2) : 82-90.
6. Wikipédia. Résilience (psychologie) (Cité le 21 mars 2023). Disponible à l'adresse suivante : [https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9silience_\(psychologie\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9silience_(psychologie))
7. Cyrulnik B. *Les Vilains Petits Canards*. Paris : Odile Jacob, 2004.
8. Galam E. Burn out des médecins libéraux. *Médecine* 2008 ; 4 (2) : 83-5.
9. Komly V, Le Tourneur A. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine. *Médecine* 2015 ; 11 (9) : 398-400.
10. Galam E. Soigner les médecins malades Première partie : un patient (pas tout à fait) comme les autres. *Médecine* 2013 ; 9 (9) : 420-423.
11. Beaucher A. Passer la porte du psy quand on est soignant. [Mémoire DIU]. Université Toulouse 3 et Paris 7. 2021.
12. Léopold Y. Suicide et souffrance du médecin. *Médecine* 2015 ; 11 : 391-393.
13. Winckler M. *En soignant, en écrivant*. Paris : Indigènes éditions, 2000.
14. Sellier C. Unité d'hospitalisation pour les soignants : quels patients ? Quelles pathologies ? [Mémoire DIU]. Université Toulouse 3 et Paris 7. 2020.