

Les enjeux du burnout

Alexis Burger suggère qu'il est possible de se protéger du burnout par l'acquisition d'aptitudes professionnelles spécifiques

Le concept de burnout est apparu dans la littérature depuis déjà plus de vingt ans pour nommer cet 'épuisement au travail'. C'est Feudenberger qui a inventé ce terme.¹ Si son intérêt s'est développé tout d'abord aux Etats-Unis, l'Europe a suivi à partir des années quatre-vingt. Étudié notamment par Maslach², cet auteur le définit comme 'un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, impliquant le développement d'une auto-évaluation et d'attitudes professionnelles négatives et une perte du sentiment et de l'implication pour le client'.

Parmi toutes les professions de la relation d'aide, il affecte particulièrement les infirmières s'occupant de patient 'difficiles' tels que les mourants.¹⁻⁴

La nature du concept

Le burnout a oscillé dans les publications, entre un terme vague, ressortissant du jargon, et un concept bien défini.⁷ Ceci tient à la nature multiple, à la fois individuelle et relationnelle du phénomène concerné. S'il n'apparaît pas dans le DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), il recouvre partiellement plusieurs des troubles décrits dans ce manuel: trouble dépressif, trouble somatoforme, trouble d'adaptation. Lorsque l'on parle du burnout, de par sa définition, on implique une cause située dans le travail. Il ne s'agit pas d'un phénomène que l'on peut comprendre en tant que tel, que l'on peut décrire hors contexte. Il s'agit plutôt d'une réaction de l'individu à une situation de stress particulière. Il est possible de faire l'analogie avec la dépression.³

Les symptômes

Le burnout se manifeste par une perte d'intérêt, un ennui, ainsi que la diminution de la satisfaction professionnelle. Sur le plan émotionnel l'individu se sent épuisé, incapable d'empathie, débordé par les problèmes auxquels il est confronté.² Le mouvement de détachement émotionnel apparaît comme une forme discrète de rejet de l'autre, qui peut s'accroître jusqu'à prendre la forme d'une susceptibilité accrue, d'irritabilité, voire d'agressivité à l'égard du patient ou des pairs. Cet état mène à une auto-dépréciation et à un sentiment de découragement lié à l'impression de perte des capacités professionnelles.⁸

Sur le plan intellectuel il y a perte du sens des priorités avec l'impression que les problèmes s'accumulent et paralysent la réflexion. Cet état de confusion mène à une désorganisation du travail, l'individu tentant de travailler plus pour compenser une baisse d'efficacité, ceci sans résultat. La fatigue s'accroît avec la perte de la faculté de récupéra-

tion, ce qui accentue l'inhibition intellectuelle.^{9,8} Sur le plan psychophysiologique on relève de nombreuses manifestations d'allure psychosomatique, allant de sensations corporelles pénibles à des pathologies plus objectives.^{10,1} Parmi les premières, impression de tension intérieure, de pesanteur respiratoire ou abdominale, de lourdeur épigastrique, d'asthénie, etc. Parmi les secondes: céphalées, troubles du transit, rhumes ou états grippaux, perturbations plus ou moins graves du sommeil.⁸

Le comportement est modifié avec un absentéisme accru ou alors avec une augmentation des heures de travail dans le but de compenser une efficacité perdue. L'abus de toxiques (généralement l'alcool) est fréquent.^{2,8} La capacité de récupération étant diminuée, les loisirs et la vie familiale s'en ressentent avec surtout l'incapacité pour l'individu de s'extraire des problèmes professionnels en présence de tiers.^{2,9}

L'incidence relationnelle

Le burnout prend son origine au contact des patients mais ce sont toutes les relations du soignant qui se trouvent touchées par le syndrome d'épuisement professionnel: relations aux patients mais aussi relation aux pairs et à l'entourage extra-professionnel.^{2,9,11} La relation avec le patient devient d'abord ennuyeuse et même franchement désagréable. L'épuisement émotionnel mène à la perte de la capacité d'empathie et à une tendance au rejet de l'autre. Dans sa tentative d'échapper à une relation trop pénible avec le patient, le professionnel peut développer une distance cynique et se retrancher derrière une attitude administrative. C'est la 'déshumanisation de la relation',² qui constitue une violence institutionnelle, elle-même susceptible d'entraîner des réactions agressives de la part des patients.

Points clés

- Le burnout est un phénomène reconnu qui menace particulièrement les professionnels travaillant avec les mourants.
- Il est possible de se protéger du burnout par l'acquisition d'aptitudes professionnelles spécifiques.
- Une prévention réussie du burnout profite aux patients parce qu'elle améliore les qualités professionnelles des soignants.
- Elle profite également à l'institution parce qu'elle diminue l'absentéisme et améliore l'efficacité des professionnels.

Causes

Il y a des causes institutionnelles, 'externes au soignant', appelant des réponses techniques, organisationnelles ou financières. Mais les meilleures institutions connaissent le burnout qui ne se résout pas à un problème de surcharge exogène. Il existe aussi des causes 'internes au soignant', plus difficiles à appréhender, appelant des réponses non techniques, de l'ordre de 'l'acquisition d'aptitudes spécifiques qui ont à voir avec la formation, l'expérience et la maturation professionnelle'.³

Parmi ces causes 'internes au soignant', la confrontation à certaines problématiques et à certains types de patients est connue comme particulièrement inductrice de burnout. Les mourants, surtout jeunes ou enfants, les exposent à un risque accru d'épuisement. C'est également le cas des patients présentant des problèmes auxquels le soignant a lui-même été confronté dans sa vie.^{2,3}

Prévention

Du point de vue du soignant, la prévention passe par l'acquisition d'aptitudes professionnelles spécifiques; elles sont difficiles à étudier et à définir car elles renvoient à sa personnalité. On ne peut pas les apprendre comme de simples techniques. Elles demandent au professionnel qu'il accepte une certaine dose de remise en question. Quelques exemples:

● **Detached concern**¹³ - Concept évoqué par Maslach pour définir l'aptitude du professionnel à allier l'attention au patient et le détachement émotionnel.

● **Observation de soi**³ - C'est une attitude qui fait parfois violence à certaines idées implicites concernant la profession de soignant. Pour se prévenir du burnout, le soignant devrait porter également son attention sur lui-même, observer son état de confort/inconfort, ses réactions émotionnelles aux situations de stress, son plaisir au travail, etc. S'il parvient à travailler, il deviendra plus habile à reconnaître et à déjouer les risques d'épuisement.

● **Ressenti corporel**^{10,3} - Il s'agit d'un cas particulier de l'observation de soi. Le burnout se manifeste souvent par des réactions psychophysiologiques, d'allure psychosomatiques telles que les malaises et les sensations importunes décrits plus haut. S'entraîner à prendre conscience du ressenti corporel pendant le travail représente un immense intérêt pour la prévention du burnout. Cet entraînement permet notamment de reconnaître certaines sensations bien avant qu'elles ne deviennent pénibles ou douloureuses. Le ressenti corporel devient alors indicateur précoce de l'exposition au burnout.

● **L'objectif personnel du soignant**^{3,13} - Les soignants savent bien penser en terme d'objectif pour leurs patients. Ils sont moins habitués à s'interroger sur leurs objectifs personnels, soit les motivations très privées qui les poussent à faire leur travail. Un tel questionnement permet pourtant de mieux appréhender les sentiments d'échec et de frustration rencontrés dans le travail. Il aide les soignants à définir un style de travail qui leur correspond. Il les incite à distinguer ce qu'ils recherchent pour eux-mêmes de la réalité de leur activité.

Cadre de la prévention

La plupart des auteurs préconisent la participation à des groupes spécifiques pour aider les soignants à se protéger du burnout.¹⁴⁻¹⁶ Dans certains cas, on peut aussi recourir à des supervisions individuelles ou à des thérapies. La pratique de tels groupes nécessite toutefois qu'on les définisse précisément afin d'éviter les nombreux dérapages possibles.^{10,17} Tenir des réunions de professionnels n'est pas en soi une prévention du burnout. A ce propos, Pines et Maslach ont montré une corrélation positive entre le burnout et l'excès de rencontres de soignants, dans et hors le travail.¹³

Conclusion

Le burnout n'est pas une affection simple. Elle résulte de la confrontation du professionnel à des interrogations ou à des problèmes éprouvants qu'il n'est pas forcément préparé à aborder. Dans la situation du travail, le professionnel ne peut pas fuir comme le ferait tout animal devant le danger. Le burnout apparaît avec son cortège de symptômes comme un moment d'impasse.

L'effort du soignant pur se protéger du burnout est un processus de prise de conscience de son fonctionnement, y compris des attentes qui soutiennent sa motivation. Dans ce sens, le burnout peut représenter une 'crise maturative professionnelle'.³ Le soignant peut prévenir le burnout en développant plusieurs aptitudes professionnelles. Cette prévention reviendrait à réussir le passage d'une étape à une autre de son 'cycle de vie professionnel'. Plus que la simple épargne de ses forces et de sa santé, la prévention de l'usure procède de l'amélioration de la qualité des soins et donc d'une exigence éthique à l'égard du patient.

References

1. Freudenberg HJ. Staff burnout. *J Soc Issues* 1974; 30: 159-165.
2. Maslach C. The client role in staff burnout. *J Soc Issues* 1978; 34(4): 11-124.
3. Burger A. Le 'burnout'. Le point de vue d'un psychiatre en institution. Doctoral thesis 8088, University of Geneva, 1988.
4. Schaerer R. Suffering of the doctor linked with the death of patients. *Palliat Med* 1993; 7(1): 27-37.
5. Clément N, Moreau Savioux L. Deuil des malades et épuisement professionnel. *Objectif Soins* 1993; 16: 37-38.
6. Poletti R. Le 'burnout'. *Objectif Soins* 1993; 16: 35-36.
7. Roberts GA. Burnout: psychobabble or valuable concept? *Br J Hosp Med* 1986; 36: 194-197.
8. Crombez JC, Gascon L, Legault L, Polic I, Plante G, Fontaine JC. Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel. *Union Méd Can* 1985; 114: 176-181.
9. Edelwich J, Brodski A. *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Heiman Science Press, 1980.
10. Ambrosi J. Introduction à la relation de sympathie. A propos de l'usure du soignant (burning out). *Med Hyg* 1987; 45: 2472-2479.
11. Maslach C. *Burnout - The loss of caring*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1982.
12. Beszterczey A. Staff stress in a newly-developed palliative care service. *Can Psych Assoc J* 1977; 7: 347-353.
13. Pines A, Maslach C. Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp Community Psychiatry* 1978; 29: 233-237.
14. Razaribn D, Dklvaux N, Faracques C, Roberge E. Immediate effectiveness of brief psychological training for health professionals dealing with terminally ill cancer patients: a controlled study. *Soc Sci Med*, 1988; 27(4): 369-375.
15. Alexander DA. Staff support groups: do they support and are they even groups? *Palliat med* 1993; 7(2): 127-132.
16. Parry JK. Les groupes de soutien mutuel pour le personnel des hospices: organisés ou ad hoc? *Infokara* 17: 19-22.
17. Vidal S. Modalités pratiques de fonctionnement d'un lieu de parole pour soignants. *Juliviv* 1992; 28: 58-65.

Alexis Burger, FMH Psychiatrie et psychothérapie, Lausanne, Suisse

Le burnout, de par sa définition, implique une cause située dans le travail, il ne s'agit pas d'un phénomène que l'on peut comprendre en tant que tel

Épuisement professionnel (« Burnout »)

par A. Burger (Genève)

Le syndrome d'épuisement professionnel (« burnout ») est un phénomène prégnant en psychiatrie, où son étude rencontre un intérêt croissant. Il affecte les soignants, tant individuellement que dans leurs relations. Une prévention de ce syndrome est possible, elle participe pleinement au processus de formation, permet une amélioration de l'aptitude professionnelle et relève d'une exigence éthique à l'égard du patient.

Le « burnout » ou syndrome d'épuisement professionnel est un phénomène fréquent dans les professions du champ médico-social. Il est l'objet de publications de plus en plus nombreuses depuis une quinzaine d'années en raison de l'intérêt qu'il représente du point de vue de la clinique, de l'organisation des services de soins et du coût de la santé (G. Roberts, 1986).

« Burnout » est un terme anglo-saxon, traduit en français par *syndrome d'épuisement professionnel* (Crombez, 1985). Pines et Maslach (1978) le définissent comme :

« Syndrome d'épuisement physique et émotionnel, impliquant le développement d'une auto-évaluation et d'attitudes professionnelles négatives ainsi que d'une perte de l'implication et du sentiment pour les clients ».

Il s'agit d'un syndrome qui concerne les thérapeutes personnellement dans leurs relations avec leurs patients, leurs pairs et leur entourage extra-professionnel.

Points de vue personnel

Ce syndrome se manifeste par une perte d'intérêt, un ennui, ainsi que la diminution de la satisfaction professionnelle. Sur le plan émotionnel, l'individu se sent épuisé, incapable d'empathie, débordé par les problèmes auxquels il est confronté (Maslach, 1978). Le mouvement de détachement émotionnel apparaît comme une forme discrète de rejet de l'autre, qui peut s'accroître jusqu'à prendre la forme d'une susceptibilité accrue, d'irritabilité, voire d'agressivité à l'égard du patient ou des pairs. Cet état aboutit à une auto-dépréciation et à un sentiment de découragement lié à l'impression de perte des capacités professionnelles (Crombez, 1985).

Sur le plan intellectuel, il y a *perte du sens des priorités*, avec l'impression que les problèmes s'accumulent et paralysent la réflexion. Cet état de confusion mène à une désorganisation du travail, l'individu tentant de travailler plus pour compenser une baisse d'efficacité, ceci sans résultat. La fatigue s'accroît avec la perte de la capacité de récupération, ce qui accentue, à son tour, l'inhibition intellectuelle (Edelwich et Brodski, 1980 ; Crombez, 1985).

Sur le plan psycho-physiologique, on relève de nombreuses manifestations d'allure psychosomatique, allant de sensations corporelles pénibles à des pathologies plus objectivables (Ambrosi, 1986 ; Freudenberg, 1986). Parmi les premières : impression de tension intérieure, de pesanteur respiratoire ou abdominale, de lourdeur épigastrique, d'asthénie, etc... Parmi les secondes : dorsalgies, céphalées, troubles du transit, rhumes et états grippaux, perturbations plus ou moins graves du sommeil (Crombez, 1978).

Le comportement est modifié, avec absentéisme accru, ou alors avec augmentation des heures de travail dans un but de compensation d'une efficacité perdue. L'abus de toxiques, généralement l'alcool, est fréquent (Maslach, 1978 ; Crombez, 1978). La capacité de récupération étant diminuée, les loisirs et la vie familiale s'en ressentent, avec surtout l'incapacité pour l'individu de s'extraire des problèmes professionnels en présence de tiers, familiaux notamment (Maslach, 1978 ; Edelwich et Brodski, 1980).

À la longue, cet état conduit à rechercher des solutions individuelles tendant à diminuer le contact avec les patients en changeant d'affectation, voire de travail.

Point de vue relationnel

Bien que le « burnout » prenne son origine dans le travail avec les patients, ce sont toutes les relations du soignant qui se trouvent touchées par le syndrome d'épuisement professionnel, que ce soit avec les patients, bien sûr, mais aussi avec les pairs et l'entourage extra-professionnel (Maslach, 1978, 1982 ; Edelwich et Brodski, 1980).

La relation avec le patient devient d'abord ennuyeuse et même franchement désagréable. L'épuisement émotionnel mène à la perte de la capacité d'empathie et à un mouvement de rejet du patient comparable à un essai infructueux de dégagement d'une relation émotionnellement trop proche : l'individu se retourne alors généralement vers ses pairs dans une recherche de soutien d'une part, et d'évitement du patient d'autre part. Si certains auteurs insistent sur l'aspect bénéfique des rencontres d'équipes, des colloques et des séminaires dans la lutte contre le « burnout », d'autres en revanche, soulignent que l'augmentation du temps consacré à des rencontres professionnelles dans et hors de la vie institutionnelle est un indice important de « burnout » (Pines et Maslach, 1978).

Dans sa tentative d'échapper à une relation trop pénible avec le patient, le professionnel peut développer une forme de distance cynique, voire s'enfermer dans une attitude administrative. C'est la « déshumanisation » de la relation (Maslach, 1978), qui fonctionne comme une forme de violence institutionnelle, elle-même susceptible d'entraîner, en hôpital psychiatrique notamment, des réactions violentes de la part du patient.

Le « burnout » du psychiatre

L'hôpital psychiatrique confronte le débutant à plusieurs tâches qu'il doit mener à bien simultanément : rencontrer, souvent pour la première fois, une pathologie grave, s'adapter au travail d'équipe, remettre en question son approche « médicale » du patient (Merklin et Little, 1969 ; Pasnan et Bayley, 1971 ; Taintor, Morphy et Pearson, 1981 ; Kanas, 1986). Les occasions d'épuisement y sont fréquentes et nous ont incité à nous intéresser au « burnout », du point de vue qui était le nôtre, celui du psychiatre en formation. Notre participation à plusieurs séminaires et groupes de travail sur la question du « burnout » nous a renforcé dans ce choix, au détriment de l'étude des aspects institutionnels du phénomène.

Des nombreux travaux publiés depuis 1974, il ressort que ce phénomène est examiné par les auteurs sous des angles aussi différents que les abords socio-politique, institutionnel ou individuel. Ces travaux pèchent parfois par un manque au niveau des bases expérimentales et méthodologiques (Savicki et Coolex, 1983) ; ils présentent toutefois un consensus large sur les définitions du problème, les hypothèses causales proposées et l'importance de la part personnelle que les soignants peuvent prendre dans la prévention du syndrome.

Notre participation à des activités didactiques centrées sur la prévention du « burnout » nous a fortement sensibilisé à la part que cette question prend dans notre formation. Il nous est apparu possible d'apprendre à développer un certain nombre d'aptitudes professionnelles qui nous permettent à la fois une prévention du syndrome et une amélioration de la qualité thérapeutique des relations avec nos patients.

Face au risque d'épuisement, il semble que le débutant se trouve confronté à une situation évoquant la « double con-

trainte» décrite par Bateson (1980) : il peut, dans un mouvement empathique, s'approcher du patient, risquant de partager avec lui les difficultés qui l'exposent à l'épuisement par découpage ; il peut, différemment, rester très distant, non impliqué, risquant alors le désintérêt et l'insatisfaction d'un travail routinier. Dans les deux cas, le débutant échoue à acquérir une compétence professionnelle satisfaisante. Changer d'attitude pour choisir l'autre terme de l'alternative ne l'aide pas. Dans cette situation de «double contrainte», le malaise apparaît de façon insidieuse ; il est difficile, au premier chef, d'en prendre conscience, d'autant plus qu'il se manifeste souvent par des sensations corporelles pénibles, que notre culture nous habitue peu à reconnaître. Le modèle de la «double contrainte» nous permet peut-être de comprendre pourquoi les attitudes «préventives» du «burnout» ne sont pas des attitudes naturelles, mais doivent être développées au long d'un processus d'apprentissage.

L'aspect pathogène de la double contrainte ne réside pas tant dans la coexistence de deux injonctions s'excluant l'une l'autre, il réside dans la difficulté à en prendre conscience et à développer ce que Bateson appelle une «métacommunication», c'est-à-dire une communication sur la communication prévalant dans cette situation.

Le débutant en psychiatrie fait ainsi l'expérience de l'échec lié à l'excès de proximité et de l'échec lié à l'excès de distance. Quelle que soit l'option choisie, il est exposé à l'épuisement. Il ne peut s'en sortir que par la compréhension du phénomène et par le développement d'aptitudes personnelles particulières adaptées à cette situation particulière.

L'effort de prévention du «burnout» apparaît comme un processus qui passe par la prise de conscience de son fonctionnement, y compris des idéaux qui sous-tendent sa motivation. Une prévention réussie renvoie au deuil réussi de ces idéaux de toute-puissance et à la prise en compte de ses limites subjectives. Dans ce sens, on pourrait rapprocher le «burnout» de l'échec d'une «crise maturative» dans la profession et sa prévention de la réussite du passage d'une étape à une autre du «cycle de vie professionnelle».

Il est possible de prévenir le «burnout» sans pour autant recourir au mécanisme d'évitement de l'engagement dans des traitements difficiles. Une telle prévention peut passer par le développement de plusieurs aptitudes professionnelles, telles qu'attention à soi, attention au ressenti corporel du thérapeute et prise en compte de l'objectif personnel du thérapeute dans son travail en général et dans les situations thérapeutiques spécifiques en particulier (Burger, 1988).

Plus que la simple épargne des forces et de la santé du médecin, nous pensons que la protection du thérapeute contre l'usure procède de l'amélioration de la qualité thérapeutique de ses traitements et donc d'une exigence éthique à l'égard du patient.

L'expérience des séminaires montre que les réponses individuelles au risque de «burnout» varient en fonction des personnes, de leurs intérêts, de leur personnalité et du moment ; elles se développent lentement et ne sont pas acquises une fois pour toutes.

Notre réflexion nous a sensibilisé au rôle joué par la disposition particulière avec laquelle nous nous présentons aux patients. Les moments de confusion émotionnelle, que nous avons appelée «saturation», sont sans doute des moments de risque élevé d'épuisement ; ces moments apparaissent comme une résultante entre quelque chose appartenant à la relation et quelques chose que le thérapeute amène avec lui de l'extérieur.

Ce travail nous a également sensibilisé à un aspect apparemment paradoxal de la prévention du «burnout». Il se trouve que la dynamique de cette prévention est un élément d'amélioration sensible de la capacité professionnelle du thérapeute. Apprendre à éviter le «burnout» mène au développement de relations thérapeutiques meilleures, donc souhaitables pour les patients. Élément non négligeable de la formation professionnelle du psychiatre, cet aspect de la prévention reste l'une des prises de conscience les plus surprenantes et des plus encourageantes lorsqu'on s'intéresse au phénomène et qu'on entreprend d'y faire face.

Bibliographie

- Ambrosi J. : Introduction à la relation de sympathie. A propos de l'usure du soignant («Burning out»). *Méd. et Hyg.* 45, 2472-2479, 1987.
- Bateson G. : *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : Seuil, T. 2, cit. p. 14-15, 1980.
- Burger A. : *Le «Burnout». Le point de vue d'un psychiatre en institution*. Thèse de doctorat, Université de Genève, 1988.
- Crombez J. C., Gascon L., Legault L., Polic I., Plante G. et Fontaine J. G. : Le burnout ou syndrome d'épuisement professionnel. *Union Médicale du Canada* 114, 176-181, 1985.
- Edelwich J. and Brodsky A. : *Burnout stages of disillusionment in the helping professions*. New York : Heiman Sciences Press, 1980.
- Freudenberger H. J. : The issues of staff burnout in therapeutic communities. *J. Psychoactive Drugs* 13, 247-251, 1986.
- Kanas N. : Support groups for mental health staff and trainees. *Int. J. Group Psychother.* 36, 279-296, 1986.
- Marmor J. : Some factors involved in occupation related depression among psychiatrists. *Psychiatric Annals* 12, 913-920, 1982.
- Maslach C. : The client role in staff burn-out. *J. Soc. Issues* 34, 111-124, 1978.
- Merklin I. Jr and Little R. B. : Beginning psychiatry training syndrome. *Amer. J. Psychiat.* 124, 193-197, 1967.
- Pasnan R. O. and Bayley S. J. : Personality changes in the first year of psychiatric residency training. *Amer. J. Psychiat.* 128, 79-84, 1971.
- Pines A. and Maslach C. : Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Hosp. and Comm. Psychiat.* 29, 233-237, 1978.
- Rich C. L. and Pitts F. N. : Suicide by psychiatrists : A study of medical specialists among 18 730 consecutive physician death during a five-year period, 1967-72. *J. Clin. Psychiat.* 41, 261-263, 1980.
- Roberts G. A. : Royal United Hospital, Bate. Burnout : psychobabble or valuable concept ? *Brit. J. Hosp. Med.* 36, 194-197, 1986.
- Savicki V. and Cooley E. : Children and Youth Services. *Review* 5, 227, 1983.
- Taintor Z. : Group sensitivity training for psychiatric resident. *J. Psychiat. Educ.* 1, 93-99, 1977.
- Taintor Z., Morphy M. and Pearson M. : Stress and growth factors in psychiatric residency training. *Psychiat. Quart.* 53, 162-169, 1981.
- Adresse de l'auteur : Dr Alexis Burger, Service de Psychiatrie II, Clinique de Bel-Air, 1225 Chêne-Bourg, Genève.

Tiré à part N° 5795

Summary

The Professional Burnout Syndrome (PBS) is a quite frequent phenomenon in psychiatry. Its study is raising an increasing interest among all professionals in this field. Nursing and medical staff is concerned both on an individual and relational basis. Physicians training in

psychiatry are particularly exposed to PBS. Prevention of this syndrome is possible and should be considered as part of the training process. It allows improvement of professional qualification while proceeding from ethic requirements toward the patient.