

Essoufflement : la conceptualisation de l'épuisement professionnel du travail social par le Dr Richard Cabot en 1908

Claudia Rappaport

PhD, ACSW, MSSW

publié en ligne le 06 mai 2025 <https://doi.org/10.1080/00981389.2025.2491337>

Traduction en/fr (google) juin 2025.

RESUMÉ

Depuis les années 1970, la littérature professionnelle s'intéresse de près à l'épuisement professionnel et à l'usure de compassion chez les travailleurs sociaux. Cet article présente des documents attestant que, dès 1908, le Dr Richard Cabot, créateur du premier service de travail social hospitalier au Massachusetts General Hospital (MGH) de Boston, s'inquiétait du même phénomène, qu'il qualifiait pourtant d'« essoufflement ». Il a exploré les causes courantes de ce problème, selon lui, ainsi que les solutions possibles pour y remédier. Des recherches primaires, menées à partir des archives professionnelles de feu Ida Cannon, travaillant au Service social (SSD) du MGH (Rappaport, 1996), ont révélé son inquiétude face à ce phénomène, qu'il partageait avec Ida Cannon, directrice du SSD. La conceptualisation de Cabot partage de nombreux points communs avec ce qui a été évoqué depuis lors sous le nom d'épuisement professionnel et d'usure de compassion. Cela nous aide considérablement à comprendre depuis combien de temps ce problème se pose chez les travailleurs sociaux du secteur médical et depuis combien de temps nous cherchons des solutions.

MOTS CLÉS:

Essoufflement / épuisement professionnel / histoire du travail social médical / Ida Cannon / travailleurs sociaux médicaux / Richard Cabot

Depuis les années 1970, lorsque Freudenberger ([Citation1974](#)) et Maslach ([Citation1976](#)) a théorisé l'épuisement professionnel, et ce sujet a fait l'objet de nombreuses publications en travail social. Les chercheurs pointent les années 1970 comme le début de ces théories ; Beemsterboer et Bernard ([Citation1984](#)) a déclaré que « les gens n'ont pas pris conscience du [burnout] et ne l'ont pas qualifié avant les années 1970 » (p. 98), et Schaufeli et al. ([Citation\(2009\)](#)) a déclaré que l'épuisement professionnel « n'avait pas été au centre de l'attention avant » les années 1970 (pp. 204-205). Dès 1908, le Dr Richard Cabot écrivait sur l'épuisement professionnel du travail social, qu'il qualifiait d'« essoufflement », seulement trois ans après avoir embauché la première femme en travail social médical. Ce que nous considérons comme un problème contemporain du travail social médical représente un défi depuis plus de 116 ans, et il existe des parallèles dans la façon dont il a été conceptualisé et abordé, à l'époque comme aujourd'hui.

Afin d'explorer les débuts du travail social médical, après avoir obtenu l'autorisation du directeur du département des services sociaux du Massachusetts General Hospital (MGH) de Boston, l'auteur a consacré six semaines à la lecture de l'ensemble des documents de ce qui était alors appelé la Collection Ida Cannon (ICC). À l'époque, elle était conservée dans des casiers à bagages des placards du département. Parmi les documents examinés figuraient des comptes rendus de réunions de comités et de départements, une correspondance abondante, des copies de présentations et d'articles publiés, ainsi que 294 dossiers de patients. L'auteur a également lu tous les travaux publiés de Cabot, Cannon et des premiers membres du personnel du SSD. Le matériel recueilli a servi de base narrative à la préparation de sa thèse de doctorat, achevée en 1996. Toutes les analyses ont été effectuées manuellement par l'auteur. L'un des thèmes abordés lors de cette recherche était l'intérêt de Richard Cabot pour l'essoufflement (épuisement professionnel) en travail social, ce qui a conduit l'auteur à comparer ses écrits sur ce phénomène avec ceux de chercheurs plus contemporains.

Dr Richard Clarke Cabot

Né en 1868, Cabot a obtenu son diplôme de médecine à Harvard en 1892 et a exercé en cabinet médical privé jusqu'en 1926, recevant des patients de tous les niveaux socio-économiques (Crenner,[Citation2005](#)). Il a été nommé au service de consultation externe (OPD) du MGH en 1898 (White,[Citation1939](#)). Il est décédé en 1939 (Lui-même,[Citation1939](#)).

Hôpital général du Massachusetts

Le service de consultation externe du MGH était un défi en 1905. Jusqu'à 1 000 patients étaient vus chaque jour (IM Cannon,[Citation1945](#)), beaucoup étaient pauvres et ne parlaient pas anglais ; les médecins passaient peu de temps avec chaque patient (Cabot,[Citation1907b](#)), se concentrant entièrement sur la maladie et non sur « les circonstances compliquées » de leur vie (Cabot,[Citation1909](#) , cité dans Crenner,[Citation2005](#) , p. 76). Cabot est devenu convaincu que des soins adéquats aux patients « ne pouvaient être prodigués sans tenir compte de leur situation sociale », ce qui exigeait que les médecins « partagent la responsabilité des soins aux patients avec les travailleurs sociaux » (CR Burns,[Citation1977](#) , p. 367).

Cabot a décidé de collaborer avec les travailleurs sociaux après avoir découvert qu'après qu'un diagnostic ait été posé, dans au moins 60 % des cas, le traitement qu'il recommandait était irréaliste (« une farce ») en raison de la situation des patients (Cabot,[Citation1919a](#) , p. 92). Plusieurs fois par jour, il ordonnait à ses patients de prendre des vacances, d'arrêter de travailler si dur, de cesser de s'inquiéter, d'acheter des prothèses dentaires, de suivre un régime spécial, et ils n'avaient aucun moyen de s'y conformer (Baker,[Citation1909](#) ; Cabot,[Citation1919a](#)). (Un patient s'éloigna de Cabot en marmonnant : « Repos absolu ! Famine absolue ! ») (Cabot,[Citation1919a](#) , p. 93). Réalisant qu'au cours de ses dix premières années au MGH, une grande partie des traitements qu'il avait prodigués étaient inutiles (Cabot,[Citation1928](#)) (« Je ne me rendais pas compte à l'époque... à quel point j'étais idiot, mais cela m'est progressivement venu à l'esprit ») (Cabot,[Citation1919a](#) , p. 92), il a décidé d'embaucher des travailleurs sociaux pour faire face aux réalités sociales, économiques, domestiques et industrielles de la vie des patients (Cabot,[Citation1928](#)). Selon Gehlert ([Citation2019](#)), les « principes directeurs du travail social dans les soins de santé » de Cabot restent en vigueur et sont aussi forts aujourd'hui qu'ils l'étaient en 1905 (p. 17).

Prédécesseurs du SSD

Avant 1905, certains médecins avaient eu recours aux visites à domicile pour explorer les réalités psychosociales des patients, notamment le Dr Marie Zakrzewska en 1859 à Boston (IM Cannon,[Citation1952](#)), le Dr Elizabeth Blackwell en 1866 à New York (Blackwell,[Citation1895](#)), le Dr Henry Chapin en 1890 à New York, le Dr William Osler de l'hôpital Johns Hopkins de Baltimore en 1898 et le Dr Charles Emerson, également à Johns Hopkins en 1901. Ida Cannon et Richard Cabot connaissaient le travail de Lady Almoners au Royal Free Hospital de Londres, qui a débuté en 1895 (Ab,[Citation2008](#) ; IM Cannon,[Citation1952](#)).

Cabot travaillait à la Boston Charity Aid Society (BCAS) depuis 1895, où les intervenants rendaient compte de la situation familiale de leurs patients. En recevant ces enfants comme patients, il était en mesure de mieux comprendre et traiter leurs problèmes médicaux, car le personnel de la BCAS l'avait sensibilisé aux facteurs sociaux aggravant leurs maladies (Cabot,[Citation1919b](#) ; IM Cannon,[Citation1952](#)). Cabot était également « médecin consultant à la Massachusetts State Industrial School for Girls », ce qui lui a permis de connaître « les méthodes utilisées par la profession émergente du travail social » (Ab,[Citation2008](#) , p. 9, cité dans Lubove,[Citation1965](#)).

Le département des services sociaux de l'hôpital général du Massachusetts

Finalement, « fatigué de ce qu'il décrivait comme l'aveuglement de la médecine face au contexte social de la maladie, il... a mis en œuvre ce qui pourrait être sa réalisation la plus durable : le travail social hospitalier

» (Dodds,[Citation1993](#) , p. 419). Le 2 octobre 1905, Cabot accueille Garnet Pelton (1868-1925) comme première assistante sociale hospitalière, payant lui-même son salaire (Baker,[Citation1909](#)). Il estimait que « le besoin de services sociaux hospitaliers est si fondamental et si évident » qu'il aurait dû commencer plus tôt (Cabot,[Citation1928](#) , p. 281). Cabot connaissait le travail de Pelton comme infirmière dans une maison de retraite à Boston. Lorsqu'il l'a contactée, lui racontant des anecdotes de patients qui l'avaient convaincu de la nécessité de cette aide, Pelton a accepté de travailler avec lui au MGH (Cabot,[Citation1906a](#)).

Au cours des 3 premiers mois, 142 patients ont été orientés vers les services sociaux (Cabot,[Citation1906b](#)) ; en décembre 1905, Pelton dut refuser des dossiers « par manque de temps. Nous sommes submergés de demandes et avons besoin d'une aide plus compétente. » Cabot recherchait des dons pour embaucher davantage de personnel SSD (Cabot,[Citation1905](#) , p. 2). Au 1er mai 1906, il y avait quatre travailleurs supplémentaires ; Pelton démissionna en raison de la tuberculose (IM Cannon,[Citation1945](#)). En 1907, Cabot en recruta quatre autres, dont Ida Cannon. Il attribua à ces travailleuses tout le mérite de « la fondation et l'organisation réussies d'un nouveau service public » grâce à leur esprit et à leur intelligence (*Premier rapport annuel* ,[Citation1906](#) , p. 31). En avril 1908, Ida Cannon (1877–1960) était responsable du travail social, puis directrice de la SSD jusqu'à sa retraite en 1945. Cabot et Cannon ont développé une vision du travail social médical, et les travailleurs aux États-Unis considéraient Cabot comme « leur mécène plutôt particulier ». Il a été président de la Conférence du travail social de l'État du Massachusetts et de la Conférence nationale du travail social (IM Cannon,[Citation1958](#) , p. 5).

Cabot et Cannon ont développé des rôles de travail social axés sur « la grande quantité de travail dans un hôpital que le médecin ne peut pas faire et ne veut pas faire » (Cabot,[Citation1909](#) , p. 177). Ils savaient que « la maladie humaine n'est jamais isolée de la condition sociale, environnementale et personnelle du patient » ; le médecin et l'assistant social devaient « coopérer... à un plan de traitement médico-social intégré » (IM Cannon,[Citation1934](#) , p. 318).

Ces principales fonctions du travail social comprenaient :

- A. Réaliser des **évaluations psychosociales** de la situation des patients, de préférence à leur domicile, pour parvenir à un diagnostic social et à un plan de traitement médico-social (IM Cannon,[Citation1923](#)).
- B. **Individualiser et humaniser les soins** aux patients (Cabot,[Citation1931a](#)) en aidant les prestataires de soins médicaux à voir « la personne dans son ensemble » et en agissant en tant que « champions du patient » (*Politiques actuelles* ,[Citation1922](#) , p. 49b). Après avoir reçu chaleur et empathie, les patients ont réagi avec de meilleures capacités d'adaptation (Cabot,[Citation1931a](#)).
- C. **Informers les familles** sur les besoins des patients en matière de soins à domicile et sur la manière de vivre une vie saine, morale et heureuse (Cabot,[Citation1906a](#)).
- D. **Relier le patient à « toutes les sources d'aide disponibles »** (Cabot,[Citation1928](#) , p. 280) en termes de ressources communautaires et financières s'ils avaient besoin d'une aide caritative (Pelton,[Citation1910](#)).
- E. **Effectuer un suivi à long terme** auprès des patients pour connaître les résultats de leurs soins médicaux et voir s'ils ont suivi les recommandations médicales (IM Cannon,[Citation1934](#)), garantissant la continuité des soins et supprimant les obstacles à l'observance. Cabot a attribué aux travailleurs sociaux médicaux le mérite d'avoir fait comprendre aux médecins qu'« un dossier n'est pas clos lorsque le patient disparaît de la clinique », et qu'« un travail efficace consiste à découvrir ce qui est réellement arrivé au patient » (Cabot,[Citation1912](#) , p. 354).
- F. **Interpréter le diagnostic médical et le plan de traitement aux patients et aux familles qui ne les ont pas compris** après qu'ils aient été délivrés par les médecins (Cabot,[Citation1931a](#)).
- G. En apportant des encouragements constants (littéralement, en aidant les patients à trouver le courage nécessaire) tout au long de leur traitement médical, les travailleurs sociaux ont fait preuve de persuasion, de réconfort, de conseils, de chaleur et de **soutien moral** tout au long du cheminement des patients vers la guérison ou l'adaptation à une maladie chronique ou terminale (Cabot,[Citation1919a](#) ; Wulkop,[Citation1926](#)).

Essoufflement

Une source de stress pour les travailleurs sociaux était le grand nombre de patients nécessitant ces services. En 1909, Cabot était déjà « préoccupé [...] par l'état de santé de plusieurs travailleurs du « Corner » » (SCN, 9 septembre 1909), p. 16), et il faisait référence au stress et à l'épuisement professionnel des travailleurs sociaux en les qualifiant d'« essoufflement », de sentiment d'être submergé par la ruée des cas, de sorte que les besoins pressants de ce cas occupent l'esprit jusqu'à ce que l'attention soit captée par les besoins du cas suivant et ainsi de suite sans pause, - suivant et suivant, - et - et - jusqu'à ce que (à l'extrême limite de la force) le « suivant, suivant », devienne presque l'arrêt d'un sanglot - toute inspiration étouffée, la vue faible et courte, l'ouïe terne, la parole épaisse.

(Cabot, [Citation1908a](#), p. 1)

L'essoufflement impliquait que les travailleurs sociaux étaient tellement « étouffés par les détails » qu'ils devaient travailler « à plein régime », sans « le temps de reprendre leur souffle, ... sans le temps de trouver l'inspiration ». Cela faisait la « différence entre un travail progressiste et intelligent et un travail ... s'enfermant dans la routine ». Le travail social était alors effectué avec toute la « mécanique et le cliquetis d'une machine à écrire ». Ces travailleurs sociaux avaient l'âme « émoussée » ; toute « originalité naturelle » était perdue. Ils perdaient complètement de vue la « beauté ... du travail social » car ils « n'avaient pas le temps de la remarquer lorsqu'elle défilait ... rapidement ». L'essoufflement pouvait survenir dans d'autres professions, mais il était tragique ici, car les travailleurs sociaux devaient se concentrer sur les « intérêts humains » et garder « leurs sens et ... leur imagination en éveil ». Si l'essoufflement n'était pas encore plus problématique, c'était grâce à « la fine fibre morale des travailleurs sociaux » (Cabot, [Citation1908b](#), pp. 320–322) et leur « tempérament particulièrement sensible et sympathique » (Cabot, [Citation1911](#), p. 335).

Causes de l'essoufflement

Compte tenu de toutes ces responsabilités professionnelles, Cabot a identifié un certain nombre de conditions stressantes inhérentes au travail social hospitalier qui contribuaient au risque de développer un essoufflement :

1. Nombre de cas

Il y avait une demande constante de prendre de nouveaux cas lorsque les travailleurs se sentaient surchargés, « presque à bout de souffle » (Cabot, [Citation1926c](#), p. 12). Face à l'augmentation du nombre de dossiers, les travailleurs sociaux ont commencé à s'inquiéter (voire à désespérer) de tous leurs « dossiers inachevés » et sont devenus endurcis et « insensibles » (Cabot, [Citation1908b](#), p. 321). Cabot déplorait : « Aucun pompier n'a une douzaine d'incendies à combattre à la fois. Aucun travailleur social n'en a si peu. » (Cabot, [Citation1926a](#), p. 134). Le travail social « est plus difficile que... d'autres professions, car il exige... une imagination constructive et une pensée nouvelle », ce qui engendre « une grande usure chez les travailleurs » (Cabot, [Citation1911](#), pp. 335–336). Dès 1908, les travailleurs étaient encouragés à « observer les premiers symptômes d'essoufflement imminent et à les prévenir » en demandant à être dispensés de prendre de nouveaux cas (*Conseils du Dr Cabot*, [Citation1908](#)).

2. Attitudes de l'administration hospitalière

L'administrateur du MGH, le Dr Herbert Howard, a donné à Cabot la permission de placer un travailleur dans l'OPD en 1905 (positionné dans le couloir, d'où le nom de The Corner), mais il pensait que les « idées de Cabot étaient plutôt sentimentales et peu pratiques » (Cabot, [Citation1919a](#), p. 97). Il accepta de l'autoriser à titre d'« expérience, mais nous étions considérés... comme... une nuisance » (Cabot, [Citation1928](#), p. 272). Ce n'est que lorsque Cabot fut en mesure de démontrer que le MGH gaspillait de l'argent en réadmettant à plusieurs reprises des patients présentant les mêmes problèmes que Howard l'écouta (Cabot, [Citation1919a](#)). La première reconnaissance « officielle » date de 1906, lorsque Howard écrit : « Il convient de mentionner le travail du service non officiel de l'établissement, désigné par certains comme le “service social” ». Ces travailleurs ont « tenté d'être utiles aux patients externes qui, en raison des circonstances, ne pouvaient bénéficier pleinement des conseils des médecins

de l'hôpital. » Il ne s'agissait pas de critiquer l'hôpital et ses méthodes, mais de réaliser un travail que l'hôpital ne faisait pas et n'avait pas encore trouvé le moyen de faire. » (*Rapport annuel du MGH*, [Citation1906](#) , p. 46).

L'initiative de Cabot concernant le travail social hospitalier a été perçue par certains comme une critique des soins prodigués au MGH. Cabot a vivement condamné l'inefficacité des traitements médicaux sans travailleurs sociaux (Hawes, [Citation1914](#)), et comme l'a noté Cannon, « le tact n'était pas un point fort de son caractère » (IM Cannon, [Citation1952](#) , p. 104). Elle a souligné que le SSD n'a pas été créé « parce que les hôpitaux ont réellement échoué dans ce qu'ils prétendaient faire », mais plutôt parce que « les hôpitaux se sont attachés à bien faire ce qu'ils ont essayé de faire » (IM Cannon, [Citation1915](#) , p. 111). En 1907, avec l'administrateur Dr Frederic Washburn, Cabot s'inquiétait encore de la relation de la SSD avec le « centre exécutif et financier » de l'hôpital, écrivant : « Des difficultés surgiront certainement. Elles font encore mal » (Cabot, [Citation1907a](#) , p. 1). La première visite de Washburn à la SSD eut lieu en 1908, et il se montra « quelque peu déconcerté par ce nid animé de dames sérieuses, mais incapable de comprendre leur pertinence par rapport à ses préoccupations plus centrales » (Cannon, [Citationnd](#)). Il s'est plaint de l'espace utilisé par le personnel du SSD, en disant : « Vous devrez surveiller ces travailleurs sociaux, sinon il n'y aura plus de place pour les personnes qui ont leur place ici ! » (F. Burns, [Citation1955](#) , p. 12c). Pour Cannon, « c'était l'époque où le scepticisme quant à l'importance légitime du service social dans l'organisation hospitalière était si grand » que nous « avons eu de la chance d'y accéder » (IM Cannon, [Citation1939](#) , pp. 64–65). Le SSD n'est devenu un département du MGH qu'en octobre 1919 (*A Message*, [Citation1920](#)). Malgré cela, lorsque Washburn a écrit une histoire du MGH, il a cité le développement du SSD comme l'une des innovations les plus importantes de son administration (Washburn, [Citation1939](#)).

Cabot a félicité les travailleurs du SSD pour leur persévérance malgré le fait que les autorités hospitalières étaient « aveugles » à leur valeur (Cabot, [Citation1928](#) , p. 273). Ce n'est que dans les années 1930 que la SSD a amélioré ses relations avec l'administration sous Nathaniel Faxon. Cannon s'en réjouit : « Le défi de l'antagonisme a disparu, la coopération chaleureuse... est le contexte dans lequel nous nous trouvons » (*Rapport annuel, 1939* , dans MSSAC, p. 62 ; IM Cannon, [Citation1930](#)).

3. Interactions avec les médecins

Cabot croyait qu'une compétence essentielle des travailleurs sociaux était de connaître la « psychologie des médecins hospitaliers » (Cabot, [Citation1928](#) , p. 301), « comment lisser leur fourrure » (Cabot, [Citation1907a](#) , p. 1). Il croyait que le travailleur social et le médecin devaient s'associer « comme des pairs, s'enseignant et s'aidant mutuellement » (Cabot, [Citation1912](#) , p. 352). Il n'y avait aucune « justification pour qu'un médecin traite un travailleur social comme un subordonné ignorant » (Cabot, [Citation1928](#) , p. 302). Edith Burleigh se souvenait qu'il fallait du courage pour contacter les médecins. Lorsqu'un chirurgien orthopédiste lui demanda de financer un coûteux corset lombaire, Burleigh découvrit que, depuis des mois, cette femme « n'avait plus de dents, faute de pouvoir se permettre d'acheter les plaques [artificielles] » après s'être fait extraire ses propres dents. Le chirurgien visiteur ne l'avait pas remarqué, concentré sur son problème de dos. Il était donc de mon devoir difficile d'attirer son attention sur ce fait et de lui suggérer (comme mes genoux tremblaient) d'essayer d'abord un dentier pour voir si une alimentation plus riche, mieux mastiquée, pourrait soulager le mal de dos ! Ce fut le cas, tout allait bien. Je n'ai pas été licenciée non plus. (Burleigh, [Citationnd](#) , pp. 1–2). Cannon se souvient : « Progressivement et par des démonstrations répétées, les travailleurs... ont clairement montré qu'un bon travail social est... une partie nécessaire d'un diagnostic approfondi et d'un traitement efficace » (*A Message*, [Citation1920](#) , pp. 10d-10e).

4. Diversité des patients

La diversité culturelle était une autre cause d'essoufflement. En 1910, 74 % de la population de Boston était composée d'immigrants et de leurs enfants américains de première génération (Glaab et Brown, [Citation1967](#)), et le caractère étranger de ces immigrants constituait un défi pour les travailleurs du SSD. Par exemple, Praglin ([Citation2007](#)) indique que le personnel du MGH connaissait peu les coutumes et la langue des groupes minoritaires, comme les patients juifs, et que ces patients étaient souvent confrontés à des préjugés (p. 29). L'ouverture de l'hôpital Beth Israel de Boston, qui a créé un SSD pour sa

clientèle juive (Praglin,[Citation2007](#)). En 1900, la plupart des patients du MGH vivaient dans la pauvreté (Washburn,[Citation1939](#)) et le personnel du SSD étaient préoccupés par les maisons qu'ils visitaient en raison du surpeuplement, de l'humidité, de l'obscurité et du manque de propreté, avec des conséquences sur la santé.

5. Bas salaires et rotation constante du personnel

Une autre source de détresse du personnel était leurs salaires inférieurs à ceux des autres hôpitaux et organismes de services sociaux. C'était une raison fréquemment invoquée pour expliquer le fort taux de rotation du personnel ; après avoir acquis de l'expérience au sein du SSD, les travailleurs pouvaient prétendre à des salaires plus élevés lorsqu'ils étaient recrutés pour d'autres postes. En 1923, sur 12 travailleurs partis, 10 ont reçu des salaires plus élevés ailleurs (« *Rapport du chef* » pour 1923). Cannon s'est vu proposer des emplois pour plus du double de son salaire, qu'elle a refusés (SCN, 14 septembre 1914). L'administration de l'hôpital s'inquiétait des coûts élevés de fonctionnement du SSD. En 1921, Washburn écrivait qu'il était « de la plus grande valeur et de la plus grande importance pour nous. C'est cependant un lourd fardeau financier » (IM Cannon,[Citation1952](#) , p. 123). En 1938, les administrateurs de l'hôpital comparaient la croissance du budget du SSD à « un petit gland devenu un grand chêne aux racines et aux branches étalées. Quel est le but ? » (MSSAC, 16 novembre 1938, p. 78-79). En 1940, ils déclaraient : « C'est un service qui fait un travail tout à fait remarquable, mais bien sûr, ses possibilités sont infinies, et nous devrions... décider dans quelle mesure nous voulons y consacrer de l'argent » (Fessenden à Faxon, 21 octobre 1940).[Citation1940](#) , p. 19)

6. Spécialisations en services sociaux

Très peu de temps après le lancement des services sociaux au MGH, les travailleurs ont commencé à s'organiser au sein de spécialisations médicales pour leur permettre de développer « des compétences particulières, dont le but est d'améliorer le service » (IM Cannon,[Citation1923](#) , p. 137). Chacun de ces domaines d'activité créait des contraintes particulières pour les travailleurs :

7. Travailler avec des patients atteints de tuberculose

Au cours des 6 premières années du SSD, les travailleurs ont aidé 2 564 patients atteints de tuberculose (31,2 % de tous les patients pris en charge, le diagnostic le plus courant) (Farmer,[Citation1914](#)). Cabot croyait que tout patient atteint de tuberculose devait être adressé au SSD (Cabot,[Citation1928](#)). Les médicaments d'aujourd'hui n'avaient pas encore été découverts et, en 1907, entre un septième et un dixième de tous les décès aux États-Unis étaient dus à la tuberculose (Baldwin,[Citation1907](#)). La plupart des patients du MGH étaient à un stade avancé de la maladie au moment du diagnostic et n'étaient donc pas admissibles aux soins en sanatorium (considérés comme la meilleure chance de survie) (IM Cannon,[Citation1952](#)). Cela a créé de la détresse chez les patients et chez leurs travailleurs sociaux. De nombreux patients à faible revenu ne pouvaient pas suivre les conseils médicaux leur demandant de « se reposer, d'avoir de l'air frais et de la nourriture en abondance » à la maison, car cela était « hors de portée » de nombreux patients (Cabot,[Citation1919a](#) , p. 94). Cannon remarqua que ce travail « mettait à rude épreuve notre ingéniosité, qui nous poussait à élaborer des plans pratiques de soins... à domicile » (Cannon, 1930, p. 1). Ils s'efforçaient de faire en sorte que les patients restent dehors 24 heures sur 24, car ils vivaient dans des « pièces exiguës, surpeuplées, mal aérées et mal éclairées » (*Mouvement antituberculeux* ,[Citation1930](#) , p. 13). Les travailleurs de la SSD ont servi les patients pendant des années, essayant de « soutenir le courage des personnes dont le courage a tendance à faiblir » (Cabot,[Citation1919a](#) , p. 95), et cela pourrait « déformer complètement les cordes sensibles des travailleurs » ([CitationDossier de Mary S.](#)). Il y avait également un risque que les travailleurs soient infectés par la tuberculose, ce qui est arrivé à plusieurs, dont Pelton (décédé en 1925) (*The True Measure* ,[Citation1925](#)).

8. Travailler avec des femmes confrontées à des grossesses hors mariage

Travailler avec des femmes célibataires qui tombaient enceintes était un autre diagnostic qui, selon Cabot, méritait une orientation immédiate vers le SSD (Cabot,[Citation1928](#)). Ces femmes ont eu des réactions horrifiées à l'annonce de leur grossesse, ce qui aurait pu « faire fondre un cœur de pierre » (*Premier rapport annuel* ,[Citation1905-1906](#) , pp. 18-19). Les travailleurs sociaux ont reconnu qu'il s'agissait d'un « travail très triste » (*Description du poste*,[Citation1914](#) , p. 1). Il devint très difficile de savoir quand une

affaire était un succès ; Cabot soulignait que « plusieurs travailleurs ont échappé de justesse à une grave... déformation due à la pression constante » de ce travail, qui « les expose aux... expériences les plus pénibles » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 335).

9. Travailler avec des patients diagnostiqués avec la syphilis et la gonorrhée

Les patients atteints de syphilis ou de gonorrhée étaient confrontés à une stigmatisation sociale écrasante (une « attitude de condamnation très chargée ») (IM Cannon, [Citation1952](#) , p. 191) concernant une « maladie vénérienne », et l'assistante sociale était censée servir « chaque nouveau patient » (IM Cannon, [Citation1919](#) , p. 199). Durant ces décennies précédant l'apparition de la pénicilline, le traitement comportait des effets secondaires désagréables dus à l'utilisation de substances toxiques comme l'arsenic et le mercure, et les travailleurs sociaux avaient du mal à convaincre les patients de poursuivre le traitement pendant des mois, voire des années, jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme guéris (IM Cannon, [Citation1952](#)). Il y avait un stress constant lié à la tentative de déterminer les contacts sexuels des patients (IM Cannon, [Citation1923](#)) pour les amener chez un médecin (IM Cannon, [Citation1919](#)) et pour empêcher les patients de transmettre l'infection à des « innocents » sans méfiance (Lovell, [Citationnd](#) , p. 11). Les abus sexuels ont été signalés à la Société pour la prévention de la cruauté envers les enfants (*Service social de GU*, [Citation1921](#)) ; des bébés naissaient avec de graves malformations congénitales en raison d'infections maternelles (IM Cannon, [Citation1952](#)) ; et les travailleurs se sont attachés à maintenir les cas « incorrigibles » isolés de la société jusqu'à ce qu'ils ne soient plus contagieux (IM Cannon, [Citation1919](#) , p. 200).

10. Travailler avec la malnutrition chez les enfants

Les nourrissons et les enfants souffraient de malnutrition sévère en raison de réserves de lait contaminé, de maisons sales, pleines d'insectes et de parents qui ne se lavaient pas les mains, ainsi que du manque de réfrigération, de sorte que les bébés étaient souvent nourris avec du lait avarié (Miller, [Citation1914](#)) ; « l'ignorance et les superstitions » des parents concernant les soins aux nourrissons et l'éducation des enfants ; et les parents refusant de suivre les instructions des médecins sur la façon de nourrir leurs bébés (Rich, [Citation1932](#)). Lorsqu'elle prit sa retraite en 1945, Cannon se souvenait que, durant les premières années, « les enfants gravement handicapés et les logements sales et sordides étaient monnaie courante pour les travailleurs sociaux. Peu de mères des quartiers très pauvres savaient comment s'occuper de leurs enfants et les cas de jeunes négligés abondaient » (*Many Changes* , [Citation1945](#) , p. 1). Le taux de mortalité était élevé chez ces nourrissons en raison de vomissements et de diarrhée.

11. Travailler avec des enfants atteints de cardiopathie rhumatismale

Les enfants atteints d'une maladie cardiaque due à un rhumatisme articulaire aigu nécessitaient une intervention intensive de la part du service de santé publique (SS) pendant des mois, voire des années. Ils avaient besoin d'un repos strict au lit pour permettre à leur cœur de guérir, et nombre d'entre eux refusaient de rester inactifs (Cabot, [Citation1919a](#)). Les travailleurs sociaux devaient surveiller de près les soins à domicile de chaque enfant, en veillant à une bonne nutrition et à un sommeil réparateur (Catterall, [Citation1923](#)). De nombreux enfants ont développé de graves problèmes de comportement en raison de la pression exercée pour les obliger à rester au lit (*Le Problème Social*, [Citation1933](#)) ; les ouvriers devaient imaginer des « jeux et des occupations » pour rester « tranquilles au lit » (Cabot, [Citation1919a](#) , p. 98). Les enfants étaient inscrits au « In Bed Club » et recevaient le « In Bed Club Magazine », et tenaient un carnet de suivi quotidien de leur traitement (Breed, [Citation1935](#)). De nombreux parents refusaient de coopérer pour obliger leurs enfants à rester au lit (Oates, [Citation1924](#)), et certains enfants ont été placés dans des foyers d'accueil pour recevoir les soins dont ils avaient besoin (IM Cannon, [Citation1934](#)). Beaucoup de ces enfants sont morts (Terry, [Citation1930](#)).

12. Patients dont l'état de santé présentait des options de traitement limitées

À cette époque, les options thérapeutiques pour les maladies graves étaient limitées. En 1900, l'espérance de vie moyenne était de 49,3 ans, et deux tiers des Américains mouraient de maladies infectieuses. Les

sulfamides furent développés à partir de 1937, et la pénicilline fut découverte en 1944 (Stevens,[Citation1989](#) ; gallois,[Citation1992](#)). Une source constante de stress au travail pour ces travailleurs du SSD était de voir de nombreux patients succomber à des maladies.

Nombre de ces stress professionnels, causes et symptômes d'épuisement professionnel qui préoccupaient Cabot et Cannon s'apparentent à des caractéristiques classiques du travail social médical contemporain, et la littérature professionnelle aborde les moyens de prévenir ou de traiter l'épuisement professionnel chez les travailleurs sociaux. Cabot et Cannon ont tenté de développer des solutions à l'essoufflement :

Solutions potentielles à l'essoufflement

Le stress au travail était si endémique au sein du personnel du SSD qu'il n'est guère surprenant qu'après seulement deux ans de travail, Cabot s'inquiétait de « l'essoufflement que je trouve si courant chez les travailleurs sociaux » et qui est « incompatible avec un bon travail social » (Cabot,[Citation1926c](#) , p. 2). Il a décrit des moyens permettant aux travailleurs sociaux de prendre soin d'eux-mêmes afin d'éviter l'essoufflement.

1. Bénéficier d'une bonne supervision

Lorsque Cabot a embauché Garnet Pelton, il l'a placée à proximité de sa clinique au MGH afin de pouvoir participer au développement du travail médico-social. À mesure que du personnel supplémentaire était embauché, Cabot organisait régulièrement des conférences de cas avec eux. Il présentait les données médicales d'un patient, et l'assistante sociale affectée présentait « un tableau clair des interrelations entre les conditions médicales et sociales » et la valeur de sa contribution aux soins (IM Cannon,[Citation1958](#) , p. 3). Cabot écrivait des lettres individuelles aux travailleurs pour leur « envoyer des encouragements personnels » (IM Cannon,[Citation1958](#) , p. 4). Il exhortait les travailleurs à rester sains d'esprit en savourant « non pas le martyre, mais la vie, à s'arrêter et à réfléchir, et à ne pas toujours être dans l'attitude de faire face à l'urgence ». Il leur rappelait que c'était seulement « par la plénitude de la vie » qu'ils conservaient la capacité d'aider les autres, les exhortant à ne pas se sentir obligés de « s'attaquer à l'infini » (MA Cannon,[Citation1930](#) , p. 42). Ruth Boretti remarquait que le simple fait d'être aux côtés de Cabot apportait aux travailleurs ce dont ils avaient cruellement besoin (lettre de Cannon à Cabot, 1929). Évoquant la capacité de Cabot à inspirer les travailleurs découragés, Edith Burleigh écrivait : Malgré son emploi du temps chargé, il parvenait à s'installer dans notre coin isolé et à bavarder un instant... assis dans le fauteuil du patient, près du bureau... Pour l'employée ainsi honorée, cet événement lui laissait un sentiment accru de la valeur de son travail. D'une certaine manière, il prenait une signification spirituelle qui lui manquait auparavant, et la vie elle-même semblait plus riche de sens. Je n'ai jamais vraiment compris pourquoi, si ce n'est grâce au dévouement que l'on ressentait chez le Dr Cabot lui-même... Ses paroles étaient simplement amicales et naturelles, vous mettant toujours à l'aise. Quoi qu'il en soit, il vous laissait prêt à donner le meilleur de vous-même dans cette tâche ! (Burleigh,[Citationnd](#))

Après être devenue cheffe d'équipe puis directrice, Cannon a consacré beaucoup de temps, de patience et de compréhension aux nouveaux employés pour les aider à apprendre à fonctionner dans leur travail. Elle était disponible pour tous ceux qui se présentaient à elle, toujours « prête et à l'écoute de chacun, quelle que soit la diversité de nos besoins » (Pinanski,[Citation1945](#) , p. 1). Cette « atmosphère détendue » au bureau de Cannon en faisait un lieu d'échange d'idées et de problèmes, le personnel « allant et venant de manière informelle » dès que le besoin s'en faisait sentir (lettre de Cabot à Cannon, sd). En 1914, Cannon ajouta le poste de superviseuse des services sociaux à la SSD. L'une de ses fonctions consistait à assurer une « surveillance personnelle » de la « santé des travailleurs sous sa responsabilité », prenant des dispositions pour « accorder tout temps libre supplémentaire nécessaire » au besoin afin de préserver la santé d'un travailleur (SCN, 14 avril 1914, p. 67 ; SCN, été 1914, p. 69 ; SCN, 19 octobre 1914, p. 71). Être pionnière dans un nouveau domaine du travail social était stressant, et Cannon a reçu le soutien et le réconfort de Cabot, tant en personne que par lettres. L'une de ces lettres « m'a fait grand plaisir et me sera, j'en suis sûre, un réconfort pour les mois d'hiver », lui apportant le genre d'aide que « personne d'autre que toi ne peut apporter ». Lorsqu'elle essayait de nouvelles approches, Cabot était là pour

l'encourager. Un jour, elle écrivit : « Vous verrez, je fais mes preuves ! S'il vous plaît, Maître, je compte sur vos critiques et votre aide. » Il répondit : « Bravo à vous ! Note : A+ ! 100 % ! Summa cum laude ! » (Lettre de Cabot à IM Cannon, [Citation1915](#)). Lorsqu'elle partit en vacances, fatiguée et frustrée, il lui envoya des lettres pour apaiser le sentiment de culpabilité qu'elle éprouvait, lui rappelant que « je ne suis bien sûr qu'une goutte d'eau dans l'océan de ceux qui ressentent la même chose à ton égard » (lettre d'IM Cannon à Cabot, [Citation1927](#); lettre d'IM Cannon à Cabot, [Citation1926a](#) ; lettre de R. Cabot à IM Cannon, 14 avril, [Citation1915](#)).

2. Étudier et apprendre

Les travailleurs sociaux devraient consacrer un certain temps chaque jour à la lecture et à la réflexion (Cabot, [Citation1908a](#)) sur des questions professionnelles, ce qui les a aidés à « reprendre leur souffle et à mobiliser leurs énergies blâmes » au milieu d'une implication débordante dans les besoins des patients (Cabot, [Citation1926a](#) , p. 131). Des conférences hebdomadaires du personnel ont été instaurées en 1905 (Cabot, [Citation1926c](#) ; IM Cannon, [Citation1952](#)), et le SSD a organisé un club de journal mensuel en novembre 1922 (MACSSD, 2 novembre 1922).

3. Adhésion à des organisations professionnelles

Les travailleurs du SSD étaient actifs dans des organisations de travail social, notamment la National Conference on Charities and Correction (après 1917, la National Conference on Social Work), l'American Association of Hospital Social Workers (formée en 1918), le Boston Council of Social Agencies (formé en 1920) et l'American Association of Social Workers (formée en 1921) (*SSD Staff Involvement*, [Citationsd](#)).

4. Loisirs et sens de l'humour

En 1911, Cabot s'inquiétait du fait que « peu de travailleurs sociaux savent se reposer ; très peu savent jouer » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 338). Tous les travailleurs sociaux avaient le devoir de se livrer à des « loisirs appropriés » afin de pouvoir « oublier complètement le travail social pendant une partie de la journée » (Cabot, [Citation1908b](#) , p. 322). Chaque travailleur doit trouver sa propre méthode de repos et de rafraîchissement (Cabot, [Citation1914](#)), découvrant ce qui plaisait à sa « nature entière » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 338). Le rire était important, tout comme le sens de l'amusement et du jeu (Cabot, [Citation1908a](#)) ; « nous devons trouver de la joie... dans notre travail » (Cabot, [Citation1919b](#) , p. 156). Cabot a utilisé l'humour pour soutenir le personnel de la SSD confronté à des aspects désagréables de son travail (voir Cabot, [Citation1931b](#) ; Lettre de Cabot à Cannon, [Citationsd](#)).

5. Beauté, art et nature

Cabot s'inquiétait du fait que « les travailleurs sociaux sont très susceptibles d'être en manque de beauté » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 339). Être en contact avec la beauté de la vie était essentiel, car une grande partie du quotidien des travailleurs impliquait la « saleté et la laideur physiques ». Pour les travailleurs sociaux, la beauté était « une nourriture nécessaire à l'âme. Sans elle, la plupart des personnes sensibles meurent de faim. C'est une nécessité, pas un luxe » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 339). Il encourageait les travailleurs à apprécier la littérature, la musique, l'art et la nature, leur redonnant ainsi de l'exubérance. Il soulignait que ces activités servaient non seulement à la détente, mais aussi à la « recreation », permettant aux gens de se sentir renouvelés, rafraîchis et capables de retourner au travail (Cabot, [Citation1914](#) , p. 100). L'oubli résultant de ces loisirs était « aussi nécessaire que le sommeil ou la nourriture. Le meilleur rameur se repose entre chaque coup. Le travailleur social le plus efficace aura un jour de congé chaque jour » (Cabot, [Citation1908b](#) , p. 322). Cannon encourageait également le personnel à prendre une pause déjeuner chaque jour et à éviter de penser ou de parler du travail pendant ce temps (IM Cannon, [Citation1926](#)).

6. Guérison de la souffrance

Outre la lourde charge de travail, chaque assistante sociale courait le risque d'être dépassée par les « exigences particulièrement épuisantes en matière de compassion que ce type de travail exigeait ». Le travail social était un « métier dangereux », car il gérait les « poisons mentaux et spirituels » d'innombrables expériences de « souffrances poignantes » et de « malheurs effroyables ». Voir les horreurs de l'existence humaine jour après jour entraînait « des tensions dans la compassion et des blessures de l'esprit » (Cabot, [Citation1911](#) , pp. 334–335). Les ouvrières « donnent jusqu'à ce qu'elles soient vidées, pressées » (Cabot, [Citation1919b](#) , p. 185) et ont besoin de « temps pour soigner leurs

propres blessures émotionnelles » afin de leur donner « une bonne opportunité de guérir » (Cabot, [Citation1911](#) , p. 335).

7. Utilisation de l'humour approprié

Les travailleurs sociaux devaient rester en contact avec le côté le plus aventureux du travail social, en comprenant leurs propres sources de « force, de courage, de gaieté, de fiabilité, d'originalité et de sagesse ». Cabot avertissait que « la pauvreté et le chagrin ne doivent pas être un obstacle à l'entrée de cet ange guérisseur qu'est le rire » ; il était essentiel que le personnel conserve le sens de l'humour, qu'il ne considérait pas comme « un luxe ou un ornement, mais une nécessité pour un bon travail social » (Cabot, [Citation1926b](#) , pp. 17–18).

8. Garder une perspective sur le travail

Un autre objectif était que chaque travailleur mette en perspective ses luttes avec les besoins infinis de l'humanité (Cabot, [Citation1911](#)). Les travailleurs sociaux doivent reconnaître « l'aventure entière » de leur travail (Cabot, [Citation1919b](#) , p. 156). S'ils n'appréciaient pas sincèrement leur travail, ne recevant pas de plaisir « aux yeux et aux visages, aux gestes et aux intonations de nos patients et de nos collègues », « à l'infinie nouveauté et à l'inattendu » de tout ce qu'ils voyaient, entendaient et touchaient, ils ne pourraient pas accomplir leur travail aussi bien qu'il le fallait (Cabot, [Citation1909](#) , pp. 15–16).

9. Maintenir une bonne santé

Cabot croyait que les travailleurs sociaux qui suivraient ces recommandations pourraient éviter non seulement l'essoufflement, mais aussi les problèmes de santé. Il s'inquiétait de la fréquence à laquelle les travailleurs sociaux « s'effondrent », leur « effondrement [...] pouvant survenir parce qu'un seul aspect d'une nature riche a été à l'œuvre » (Cabot, [Citation1908b](#) , p. 322). Cannon se sentait responsable de « veiller et de conseiller les travailleurs malades », les encourageant à consulter un médecin lorsqu'ils développaient des problèmes (*Extraits de Answers* , [Citation1927](#) , p. 4d).

Comparaison entre l'essoufflement de Cabot et l'épuisement professionnel contemporain du travail social

L'accent mis par Cabot sur l'essoufflement montre clairement que les préoccupations concernant l'épuisement professionnel en travail social existent depuis des décennies, bien que de nombreux chercheurs contemporains ne le reconnaissent pas. Sa conceptualisation de l'essoufflement, de ses causes et des solutions possibles est étonnamment similaire à ce que les auteurs ont écrit sur l'épuisement professionnel en travail social, même si Cabot n'est pas considéré comme l'initiateur des réflexions sur ce phénomène. Le tableau précédent fournit quelques comparaisons :

L'essoufflement du Dr Richard Cabot	Concepts d'auteurs plus récents sur l'épuisement professionnel en travail social
DÉFINITIONS DE L'ESOUFFLEMENT ET DE L'ÉPUISEMENT	
Épuisement et manque de force	Devenir cynique et détaché (phase d'épuisement émotionnel) (Maslach, Citation1982 ; Maslach et Jackson, Citation2001 ; Maslach et al., Citation2001) Les exigences du travail entraînent l'épuisement (Demerouti et al., Citation2001) Se sentir « vidé, épuisé, incapable de se détendre et de récupérer » (Maslach & Leiter, Citation1997) La surcharge peut rendre la récupération impossible (Maslach et al., Citation2001)
Perte de toute inspiration et créativité au travail ; ne pas se soucier de la qualité du travail. Devenir endurci, insensible, brutal – par exemple, blâmer les familles immigrées pour leurs problèmes.	Dépersonnalisation – détachement, insensibilité, déshumanisation par autoprotection émotionnelle. Sentiment de perte d'accomplissement ou d'efficacité. Blâme les clients pour leurs problèmes. Peut se mettre en colère face à un flot incessant de clients (Maslach, Citation1982)
Le travail devient routinier et mécanique, on ne prête aucune attention aux détails	Éviter toute implication significative auprès des clients. En cas de charge de travail importante, l'approche devient impersonnelle et mécanique (Maslach, Citation1982)

L'essoufflement du Dr Richard Cabot	Concepts d'auteurs plus récents sur l'épuisement professionnel en travail social
essentiels, on n'a aucun sens de la beauté du travail social.	
CAUSES DE L'ESSOUFLEMENT ET DE L'ÉPUISEMENT	
Charge de travail importante, orientations continues et personnel social insuffisant. Il est nécessaire de pouvoir réaliser des évaluations psychosociales complètes des patients et de les transmettre aux professionnels de santé.	<p>Une charge de travail importante signifie que l'on ne peut traiter que les problèmes les plus urgents ; on ne peut pas répondre à tous les besoins des clients, « une situation propice à l'épuisement professionnel » (Maslach,Citation1982 , p. 38)</p> <p>La surcharge de travail chronique signifie « peu de possibilités de se reposer, de récupérer et de rétablir l'équilibre » (Maslach & Leiter,Citation2008 , p. 500).</p> <p>Le manque de personnel entraîne un « déséquilibre persistant entre les demandes et les ressources » (Schaufeli et al.,Citation2009)</p> <p>Détresse morale des travailleurs sociaux hospitaliers liée aux pénuries de personnel et aux charges de travail (Fantus et al.,Citation2017)</p>
Attitudes négatives du personnel médical et/ou des administrateurs	<p>Le manque de soutien de la part des pairs et des administrateurs entraîne une surcharge de travail. L'absence de retour sur les points positifs peut alimenter l'épuisement professionnel. Le fait que d'autres professionnels rabaissent les travailleurs sociaux ou les considèrent comme des rivaux peut engendrer des conflits et un épuisement professionnel (Maslach,Citation1982)</p> <p>Épuisement professionnel lié au sentiment de manque de respect au travail (Harr et al.,Citation2014)</p> <p>Les travailleurs sociaux des hôpitaux développent une « détresse morale » lorsqu'ils se sentent dévalorisés en tant que professionnels de la santé (Fantus et al.,Citation2017 , p. 2282)</p>
Il faut être honnête avec les patients et les aider à trouver du courage, même s'ils sont en fin de vie. Il arrive que l'on travaille avec des patients récalcitrants dont l'état s'aggrave. C'est un travail qui engendre beaucoup de tristesse et de frustration. Le travailleur social peut développer une perte de sympathie, de l'insensibilité et se retrouver sans rien à donner.	<p>Les travailleurs sociaux doivent gérer des émotions humaines difficiles. Les problèmes graves et chroniques augmentent le risque d'épuisement professionnel. La présence de patients mourants peut susciter des sentiments intenses qui poussent les travailleurs sociaux à prendre leurs distances et à devenir insensibles. Les patients qui ne suivent pas les conseils sont perçus négativement par les travailleurs sociaux ; ils peuvent commencer à percevoir leur manque de progrès comme un manque de motivation. Les patients difficiles peuvent entraîner un manque d'empathie chez les travailleurs sociaux (Maslach,Citation1982)</p> <p>Les travailleurs sociaux des hôpitaux peuvent développer une détresse morale liée aux conversations sur la fin de vie (Fantus et al.,Citation2017)</p>
Diversité des patients, manque de connaissances culturelles	<p>Les clients très différents peuvent être considérés comme plus difficiles à servir (Maslach,Citation1982)</p> <p>La détresse morale des travailleurs sociaux hospitaliers liée à la nécessité de « fournir une pratique culturellement sensible » (Fantus et al.,Citation2017 , p. 2279)</p>
Demandes répétées d'aide simple et concrète. Orientation des patients vers des centaines de types d'assistance.	L'épuisement professionnel peut survenir s'il y a peu de « chances de fournir des services complets et adéquats » (Maslach, Citation1982 , p. 50)
Travail social auprès de clients confrontés à la stigmatisation sociale	Le manque de soutien public aux services fournis peut éroder l'engagement des travailleurs sociaux à servir ces clients (Maslach, Citation1982)
Des salaires insuffisants	<p>Épuisement professionnel lié au sentiment d'être « sous-payé pour le travail effectué » (Harr et al.,Citation2014 , p. 235)</p> <p>Un faible salaire semble symboliser un manque de respect et crée un fardeau financier (Maslach & Leiter,Citation1997). Le travail nécessite des « récompenses équitables » (Maslach et Leiter,Citation2008 , p. 501)</p> <p>Besoin d'une structure salariale avec une rémunération équitable (Beemsterboer & Bernard,Citation1984)</p> <p>Épuisement professionnel élevé lorsque « beaucoup de travail, bas salaires » (Diaconescu,Citation2015 , p. 60)</p>
Travailler pendant le déjeuner, travailler de longues heures	Lorsqu'ils ne peuvent pas faire de pause dans leur travail avec les clients, ils peuvent se sentir pris au piège et sans aucun contrôle sur les soins qu'ils fournissent (Maslach, Citation1982)
Besoin d'une bonne supervision	Les superviseurs qui n'offrent pas de soutien ou de rétroaction positive ; le travailleur social ne fait pas confiance au superviseur (Maslach, Citation1982)

L'essoufflement du Dr Richard Cabot	Concepts d'auteurs plus récents sur l'épuisement professionnel en travail social
SOLUTIONS POSSIBLES À L'ESOUFFLEMENT/À L'ÉPUISEMENT	
Une bonne supervision pour la formation puis pour le mentorat – soyez attentif aux signes de problèmes de santé	<p>Assurer une supervision appropriée/bonne/positive (Harr et al.,Citation2014 ; Kapoulitsas et Corcoran,Citation2015 ; Radey et Figley,Citation2007 ; Thompson et al.,Citation2014)</p> <p>Recevoir une reconnaissance pour son bon travail. Superviseur, modèle positif (Maslach,Citation1982 ; Maslach et al.,Citation2001)</p> <p>Les travailleurs satisfaits de leur supervision ont un taux d'épuisement professionnel plus faible (Coady et al.,Citation1990 ; Maslach & Leiter,Citation2008)</p> <p>Commencer tôt les stratégies de prévention de l'épuisement professionnel (Maslach,Citation1982)</p> <p>Surveiller les problèmes de santé chez les travailleurs (Maslach & Leiter,Citation1997)</p> <p>Le superviseur doit procéder à une évaluation continue des niveaux de stress du personnel (Whitebird et al.,Citation2013)</p> <p>Besoin d'exprimer ses sentiments au superviseur (Diaconescu,Citation2015)</p>
Importance des loisirs, de l'humour, trouvez du plaisir dans votre travail. Beauté, art, nature, renouveau. (Cabot jouait du violon, dessinait, chantait en chœur ; Cannon aimait l'astronomie.) Gardez le sens de l'humour.	<p>Ayez un hobby, lisez, écoutez de la musique, fréquentez des gens, etc. Faites des activités qui vous apaisent. Profitez des blagues et des moments de détente avec vos clients. Utilisez l'humour approprié pour éviter de vous sentir dépassé (Maslach,Citation1982)</p> <p>Activités de loisirs, comme la lecture et l'écoute de musique. Passer du temps dans la nature est bénéfique (Thompson et al.,Citation2014)</p> <p>Besoin d'humour pour éviter l'épuisement professionnel. Besoin d'intérêts non professionnels et d'activités de loisirs régulières (Harr et al.,Citation2014)</p> <p>La musique et la randonnée en montagne sont utiles (Diaconescu,Citation2015)</p> <p>Accentuer les aspects positifs du travail (Maslach,Citation1982)</p> <p>Soyez gentils avec nous-mêmes, soyez parfois indulgents envers vous-même, prenez le temps de vous amuser (Wright,Citation2004)</p> <p>Trouvez le bonheur dans la vie (Radey & Figley,Citation2007)</p>
Maintenir une bonne santé	Apprenez à vous détendre pleinement pour éviter l'accumulation de stress. L'épuisement professionnel expose les travailleurs à des problèmes de santé (Maslach, Citation1982)
Prenez vos vacances	<p>Faites des pauses dans votre travail pour vous détendre, prendre du recul émotionnel, « recharger vos batteries » (Maslach,Citation1982)</p> <p>Organiser un horaire de vacances flexible (Beemsterboer & Bernard,Citation1984)</p> <p>Prenez du temps libre (Radey & Figley,Citation2007)</p>
Prenez une petite pause chaque jour. Ne travaillez pas pendant la pause déjeuner.	<p>Ne travaillez pas pendant le déjeuner (Maslach,Citation1982)</p> <p>Ne discutez pas de travail pendant le déjeuner ou les pauses (Radey & Figley,Citation2007)</p> <p>Laissez le travail au travail à la fin de la journée. Prenez des mini-vacances avec des activités de loisirs (Maslach,Citation1982)</p>
Étude et recherche pour l'illumination ; réunions du personnel, groupes d'étude ; appartenance à des organisations professionnelles	<p>Bénéficier du soutien de ses collègues ; organiser des réunions d'équipe pour proposer de nouvelles idées et un soutien émotionnel. Offrir une formation au personnel pour aider les travailleurs à se ressourcer (Maslach,Citation1982)</p> <p>Réunions du personnel pour partager les succès obtenus avec les clients et pour faire le point sur le stress (Radey & Figley,Citation2007)</p> <p>Besoin de soutien pour le développement professionnel et l'éducation (Kapoulitsas & Corcoran,Citation2015)</p>
Être dispensé temporairement de toute prise en charge de nouveaux clients. Embaucher du personnel supplémentaire à mesure que la charge de travail augmente.	<p>Réduire la charge de travail. Disposer de suffisamment de personnel (Maslach,Citation1982)</p> <p>Limiter le nombre de cas (Radey et Figley,Citation2007)</p> <p>Limiter le nombre de clients pour le personnel qui a un stress élevé (Beemsterboer & Bernard,Citation1984)</p>

Conclusion

L'analyse minutieuse des premiers travaux du Dr Richard Cabot au sein du MGH SSD et la mesure dans laquelle sa définition, ses causes et les solutions potentielles à l'essoufflement (à partir de 1908) préfiguraient nombre des idées des théoriciens ultérieurs sur l'épuisement professionnel (à partir des années 1970 et 1980) témoignent de la compréhension et de l'étroite identification de Cabot avec le travail

social médical et son stress. Dès 1905, Cabot fut reconnu comme le fondateur du travail social médical et développa une grande préoccupation pour le stress et la santé des professionnels du travail social avec lesquels il collaborait, préoccupations qui devinrent tout aussi importantes pour Ida Cannon lorsqu'elle dirigea le MGH SSD. Cabot déploya manifestement des efforts considérables pour trouver comment aider les travailleurs sociaux médicaux à « éviter l'habitude de l'essoufflement » (Cabot, [Citation1908a](#)). Nous savons que cet objectif demeure aujourd'hui celui de la profession, compte tenu de l'importance des discussions sur l'autogestion du travail social et de la quantité de recherches menées sur les différentes dimensions de l'épuisement professionnel, notamment l'usure de compassion, le traumatisme indirect, la fatigue émotionnelle, la dépersonnalisation et le désir d'épanouissement personnel, des termes qui n'étaient pas utilisés par Cabot, mais qui étaient clairement illustrés dans ses écrits. Nous devons commencer à reconnaître le Dr Richard Cabot comme l'initiateur de nombre de ces idées.

Déclaration de divulgation

Aucun conflit d'intérêt potentiel n'a été signalé par l'auteur(e).

Financement

L'auteur(s) a(ont) indiqué qu'il n'y avait aucun financement associé au travail présenté dans cet article.

Références

1. Ab, PH (2008). Individualisation et prévention : Richard C. Cabot et les débuts du travail social médical. *Travail social en santé mentale* , 2(2–3), 7–20. https://doi.org/10.1300/J200v02n02_02
2. Message aux amis du Département des services sociaux du Massachusetts General Hospital (1920). Dans le recueil des *procès-verbaux du comité consultatif du Département des services sociaux, 1920-1922* , 10c–10g. Dans le dossier ICC n° 275.
3. Baker, RS (1909, janvier). La nouvelle mission du médecin. *The American Magazine* , 67, 231–244.
4. Baldwin, E. (1907). Tuberculose. Dans W. Osler et T. McCrae (dir.), *Médecine moderne : théorie et pratique, volume III, maladies infectieuses (suite), maladies des voies respiratoires* . Lee Brothers and Company, chapitre 7.
5. Beemsterboer, J., et Bernard, HB (automne 1984). « Burnout » : définitions et gestion des soins. *Travail social en santé* , 10(1), 97–109. https://doi.org/10.1300/J010v10n01_08
6. Blackwell, E. (1895). *Œuvre pionnière pour l'ouverture de la profession médicale aux femmes* . Source Book Press.
7. Breed, K. (1935, 1er décembre). Dans le rapport du Bed Club, p. 1-2. Dans le dossier ICC n° 265.
8. Burleigh, E. (nd). *Souvenirs fragmentaires* . Un manuscrit dans le dossier ICC n° 59.
9. Burns, CR (1977). Richard Clarke Cabot (1868-1939) et la réforme de l'éthique médicale américaine. *Bulletin d'histoire de la médecine* , 61, 353–368.
10. Burns, F. (16 octobre 1955). Une femme de Cambridge a contribué à la création des services sociaux au MGH. *The Boston Sunday Globe* , 12 cents. Un exemplaire se trouve à l'ICC.
11. Cabot, RC (15 décembre 1905). Richard Cabot à George Fabyan, 15 décembre 1905 [Lettre]. Se trouve dans le dossier ICC n° 93. (Fabyan était un patient soigné par Cabot qui a exprimé son intérêt pour le travail des services sociaux.) *American Journal of Public Hygiene* , 15(2), 339–342.
12. Cabot, RC (1906a, mai). *Le développement du travail social et de la thérapeutique appliquée au Mass. General Hospital, d'octobre 1905 à mai 1906*. Se trouve dans le dossier ICC n° 298.
13. Cabot, RC (1906b). Rapport sur les trois premiers mois de travail social autorisé à l'hôpital général du Massachusetts. Dans le dossier ICC n° 65.
14. Cabot, RC (1907a). Méthodes et normes du service social hospitalier. Un aperçu manuscrit dans le dossier ICC n° 415.
15. Cabot, RC (1907b, mars). Suggestions pour la réorganisation des services de consultation externe des hôpitaux, notamment en vue d'améliorer les traitements. *Maryland Medical Journal* , 50(3), 81–91.
16. Cabot, RC (1908a, 18 mars). Comment les travailleurs sociaux peuvent-ils éviter l'essoufflement ? Manuscrit, dans le dossier ICC n° 496.
17. Cabot, RC (1908b, 6 juin). Comment éviter l'habitude de s'essouffler. *Charities and the Commons* , 20(6), 320–322.
18. Cabot, RC (11 février 1909). « Justifiable » mensonge. *Journal of Education* , 69(6), 145–146. <https://doi.org/10.1177/002205740906900602>
19. Cabot, RC (1911). La santé des travailleurs sociaux. Actes de la Conférence nationale des œuvres caritatives et correctionnelles (pp. 333–340). Un exemplaire est conservé à l'ICC.
20. Cabot, RC (1912). Humaniser les hôpitaux. Dans S. Breckenridge (éd.), *L'enfant dans la ville* (pp. 41-52). École d'éducation civique et de philanthropie de Chicago.
21. Cabot, RC (1914). *Ce qui fait la vie des hommes : le travail, le jeu, l'amour, le culte* . Houghton Mifflin Company.
22. Cabot, RC (14 avril 1915). Richard Cabot à Ida Cannon [Lettre]. Dans le dossier ICC n° 491.
23. Cabot, RC (1919a, novembre). Service social dans les hôpitaux. *Journal de l'Association médicale du Maine* , 10(4), 91–107.
24. Cabot, RC (1919b). *Travail social : Essais sur la rencontre entre médecin et travailleur social* . Houghton-Mifflin Company.
25. Cabot, RC (1926a). *Aventures aux confins de l'éthique* . Harper and Brothers.
26. Cabot, RC (1926b). Mary Anne et Katie R., ses commentaires après lecture d'un dossier. À la CPI.
27. Cabot, RC (1926c). Une association élargie. Actes de la Conférence nationale du travail social. *Travail social* (1926) 11–19.
28. Cabot, RC (1928). *Histoires de cas en médecine* (3e éd.).
29. Cabot, RC (1931a). Quatre espoirs pour l'avenir du travail social hospitalier. *Service social hospitalier* , 24, 65–73.
30. Cabot, RC (1931b, 21 juin). Richard Cabot à Ida Cannon, 21 juin 1931 [Lettre]. Se trouve dans le dossier ICC n° 173.

31. Cabot, RC (sd). Richard Cabot à Ida Cannon [Lettre]. Dans le dossier ICC n° 416.
32. Cannon, IM (13 septembre 1915). Service social hospitalier. Actes de la 23e Conférence de l'État du Minnesota sur les œuvres caritatives et correctionnelles, septembre 1914, dans l'édition spéciale du Bulletin trimestriel, Conseil de contrôle de l'État, p. 111-117.
33. Cannon, IM (1919). Relation entre le service social hospitalier et le succès du traitement de la gonorrhée et de la syphilis. *Hôpital moderne*, 12, 198-202.
34. Cannon, IM (1923). *Le travail social dans les hôpitaux : une contribution à la médecine progressiste* (éd. révisée). Fondation Russell Sage.
35. Cannon, IM (1926). *Ida Cannon à Mabel Rich [Note]*. Série de journaux d'une journée de divers membres du personnel des services sociaux, 1926, dossier ICC n° 307.
36. Cannon, IM (28 juillet 1927). Ida Cannon à Richard Cabot, 28 juillet 1927 [Lettre]. Se trouve dans le dossier ICC n° 494.
37. Cannon, IM (1930, mai). *Vingt-cinq ans de travail social dans les hôpitaux*, copie d'une conférence qu'elle a prononcée à l'occasion du 25e anniversaire de la SSD. Dans le dossier ICC n° 169.
38. Cannon, IM (1934). Service médico-social en relation avec la pratique médicale organisée. Dans F.A. Piersol (éd.), *The cyclopedia of medicine*, 318-328. F.A., Davis Company.
39. Cannon, IM (1939, mars). Installations pour le service social. *Hôpital moderne*, 52(3), 64-67.
40. Cannon, IM (15 octobre 1945). Quarante ans de service social : discours de Mlle Cannon aux étudiants, p. 1-17. Dans le dossier ICC n° 319.
41. Cannon, IM (1952). *Aux frontières sociales de la médecine : pionniers du service médico-social*. Presses universitaires de Harvard.
42. Cannon, IM (18 janvier 1958). Richard C. Cabot : Un hommage. Dans le dossier ICC n° 406.
43. Cannon, IM (sd). *Ida Cannon à Richard Cabot [Lettre]*. Dans Cabot Papers, Archives de l'Université Harvard, cité dans Rosenberg, C. (1987), *The care of strangers: The rise of America's hospital system*. 334-335. Basic Books.
44. Cannon, MA (12 juin 1930). Lettre lue par M. Antoinette Cannon lors du banquet du 25e anniversaire de la création de la SSD. *Procès-verbal du comité consultatif des services sociaux*, p. 41-43. Dans le CCI.
45. Dossier de l'affaire Mary S. SS # 93, à la CPI.
46. Catterall, M. (août 1923). Situations familiales liées à l'incidence familiale des cardiopathies rhumatismales. Dans le dossier ICC n° 271.
47. Coady, CA, Kent, VD, et Davis, PW (mai 1990). Épuisement professionnel chez les travailleurs sociaux travaillant avec des patients atteints de mucoviscidose. *Santé et travail social*, 15(2), 116-124. <https://doi.org/10.1093/hsw/15.2.116>
48. Crenner, C. (2005). *Cabinet médical privé du Dr Richard Cabot au début du XXe siècle*. Presses universitaires Johns Hopkins.
49. Demerouti, E., Bakker, AB, Nachreiner, F. et Schaufeli, WB (2001). Le modèle d'épuisement professionnel exige - ressources. *Journal de psychologie appliquée*, 86(3), 499-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
50. Diaconescu, M. (2015). Burnout, traumatisme secondaire et usure de compassion en travail social. *Revista de Asistenta Sociala*, XIV(3), 57-63.
51. Dodds, TA (1er septembre 1993). Richard Cabot : Réformateur médical à l'époque progressiste (1890-1920). *Annales de médecine interne*, 119(5), 417-422. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-5-199309010-00011>
52. Conseils du Dr Cabot concernant l'essoufflement. (3 février 1908). Dans la CPI.
53. Extraits des réponses au questionnaire de l'AASW (1927, janvier). *Procès-verbal, comité consultatif des services sociaux*, 4d. Dans le CCI.
54. Fantus, S., Greenberg, RA, Muskat, B., et Katz, D. (2017). Exploration de la détresse morale chez les travailleurs sociaux hospitaliers. *British Journal of Social Work*, 47(8), 2273-2290. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw113>
55. Farmer, G. (19 mars 1914). Le traitement en sanatorium est-il utile ? *Boston Medical and Surgical Journal*, 170(12), 411-421. <https://doi.org/10.1056/NEJM191403191701204>
56. Fessenden, SH de FS Moseley and Company, Boston, au Dr Nathaniel Faxon (21 octobre 1940). [Lettre]. Dans MSSAC, 19.
57. Premier rapport annuel sur le travail social autorisé au Massachusetts General Hospital, du 1er octobre 1905 au 1er octobre 1906. Dans l'ICC.
58. Freudenberger, HJ (1974). Épuisement professionnel du personnel. *The Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
59. Gehlert, S. (2019). Les fondements conceptuels du travail social dans le secteur de la santé. Dans S. Gehlert et T. Browne (dir.), *Handbook of health social work* (3e éd.), 3-19. Jossey-Bass.
60. Glaab, C., et Brown, A.T. (1967). *Histoire de l'Amérique urbaine*. Macmillan Company.
61. Harr, CR, Brice, TS, Riley, K., et Moore, B. (2014). L'impact de la fatigue et de la satisfaction compassionnelles sur les étudiants en travail social. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 5(2), 233-251. <https://doi.org/10.1086/676518>
62. Hawes, J., 2e. (1914, 21 mai). Dans quelles conditions le diagnostic de tuberculose chez l'enfant est-il justifié ? *Boston Medical and Surgical Journal*, 170(21), 784-786. <https://doi.org/10.1056/NEJM191405211702102>
63. Lui-même. (1939, juin). L'Assistante sociale, 3.
64. Description de poste pour Mme Smith, clinique génito-urinaire. (1914, décembre). Dossier ICC n° 237.
65. Kapoulitsas, M. et Corcoran, T. (2015). Fatigue de compassion et résilience : une analyse qualitative de la pratique du travail social. *Travail social qualitatif : recherche et pratique*, 14(1), 86-101. <https://doi.org/10.1177/1473325014528526>
66. Lovell, B. (sd). Notes sur les points que l'assistant social devrait connaître en matière de maladies vénériennes. Dans le dossier ICC n° 467.
67. Lubove, R. (1965). *L'altruiste professionnel : l'émergence du travail social comme carrière, 1880-1930*. Presses universitaires de Harvard.
68. De nombreux changements dans les services sociaux observés par un travailleur retraité ayant travaillé 38 ans à l'hôpital général du Massachusetts. (21 octobre 1945). *The Boston Sunday Post*. Un exemplaire se trouve dans le dossier ICC n° 24.
69. Maslach, C. (1976). Épuisé. *Comportement humain*, 5, 16-22.
70. Maslach, C. (1982). *Burnout : le coût des soins*. Prentice-Hall.
71. Maslach, C., et Jackson, SE (2001). La mesure de l'épuisement professionnel. *Journal of Occupational Behavior*, 2(2), 99-113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>
72. Maslach, C., et Leiter, MP (1997). *La vérité sur l'épuisement professionnel : comment les organisations provoquent du stress personnel et comment y remédier*. Jossey-Bass.
73. Maslach, C., et Leiter, MP (2008). Prédicteurs précoces de l'épuisement professionnel et de l'engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93(3), 498-512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.93.3.498>
74. Maslach, C., Schaufeli, WB, et Leiter, MP (2001). Épuisement professionnel. *Revue annuelle de psychologie*, 52(1), 397-422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
75. Rapport annuel du Massachusetts General Hospital, 1906. Dossier ICC n° 539.
76. Miller, GE (1914). Enquête sur 100 cas d'alimentation infantile en 1912 au Massachusetts General Hospital. Dossier ICC n° 253.

77. Procès-verbal du Comité consultatif du Département des services sociaux, 1920-1922. (MACSSD) Dans l'ICC.
78. Procès-verbal, Comité consultatif du service social, 1936-1939. (MSSAC) Dans l'ICC.
79. Oates, NA (août 1924). Placement temporaire d'enfants en famille d'accueil à des fins thérapeutiques. Dans le dossier ICC n° 245.
80. Pelton, GI (1910). Histoire et statut du travail social hospitalier. Actes de la Conférence nationale des œuvres caritatives et correctionnelles, 332–341.
81. Pinanski, J. (1945, 25 octobre). *J. Pinanski à Ida Cannon [Lettre]* . Dossier ICC n°24.
82. Praglin, LJ (mars 2007). Ida Cannon, Ethel Cohen et les débuts du travail social médical à Boston : les fondements d'un modèle de service social culturellement compétent. *The Social Service Review* , 81(1), 27–45. <https://doi.org/10.1086/511013>
83. Politiques et statut actuels du Département des services sociaux (avril 1922). Procès- verbaux du comité consultatif du Département des services sociaux, 1920-1922 , 49a–49d. Dans le CCI.
84. Radey, M., et Figley, CR (2007). La psychologie sociale de la compassion. *Clinical Social Work Journal* , 35(3), 207–214. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
85. Rappaport, C. (1996). Pour un traitement efficace : le développement du travail médico-social au Massachusetts General Hospital, 1905-1945. Thèse de doctorat non publiée.
86. Rapport du chef du service social pour 1923. (30 janvier 1924). Dans la CPI.
87. Rich, M. (1932, avril). *Clinique infantile* . Dans le dossier ICC n° 257.
88. Schaufeli, WB, Leiter, MP, Maslach, C. (2009). Burnout : 35 ans de recherche et de pratique. *Career Development International* , 14(3), 204–220. <https://doi.org/10.1108/13620430910966406>
89. Service social à la clinique génito-urinaire. (août 1921). Dans le dossier ICC n° 467.
90. Implication du personnel du SSD auprès des associations de travail social médical. (sd). Au sein de l'ICC.
91. Stevens, R. (1989). *Dans la maladie et la richesse : les hôpitaux américains au XXe siècle* . Basic Books.
92. Notes du comité de surveillance, février 1909 à décembre 1915, Département des services sociaux, Massachusetts General Hospital. (SCN) Dans l'ICC.
93. Terry, EM (1930, novembre). Clinique de cardiologie et de chorée pédiatrique. Dans le dossier ICC n° 265.
94. Thompson, IA, Amatea, ES, et Thompson, ES (janvier 2014). Prédicteurs personnels et contextuels de la fatigue compassionnelle et de l'épuisement professionnel des conseillers en santé mentale. *Journal of Mental Health Counseling* , 36(1), 58–77. <https://doi.org/10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3>
95. Le mouvement antituberculeux, 1905-1930, vu par le département des services sociaux du Massachusetts General Hospital. (1930). Dans le dossier ICC n° 64.
96. Le problème social de l'enfant cardiaque, tel qu'il est observé dans les cliniques cardiaques du Massachusetts General Hospital. (1933, janvier). Dans le dossier ICC n° 467.
97. La véritable mesure de la vie. (1925). Association du Colorado contre la tuberculose. Dans le dossier ICC n° 32.
98. Washburn, F. (1939). *L'hôpital général du Massachusetts : son développement, 1900-1935* . Houghton-Mifflin Company.
99. Welsh, C. (1992). *Un chirurgien du XXe siècle : ma vie au Massachusetts General Hospital* . Hôpital général du Massachusetts.
100. White, P. (22 juin 1939). Richard Clarke Cabot, 1868-1939. *New England Journal of Medicine* , 220(25), 1049–1052.
101. Whitebird, RR, Asche, SE, Thompson, GL, Rossom, R. et Heinrich, R. (2013). Stress, épuisement professionnel, fatigue de compassion et santé mentale chez les soignants en soins palliatifs du Minnesota. *Journal of Palliative Medicine* , 16(12), 1534–1539. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0202>
102. Wright, B. (2004). Fatigue de compassion : comment l'éviter. *Médecine palliative* , 18(1), 3–4. <https://doi.org/10.1191/0269216304pm866ed>
103. Wullop, E. (1926). *L'assistante sociale dans un service hospitalier* . Houghton Mifflin Company.

Pour citer cet article

Rappaport, Claudia. 2025. « Essoufflement : conceptualisation de l'épuisement professionnel en travail social par le Dr Richard Cabot en 1908. » *Social Work in Health Care* , mai, 1–21.
doi:10.1080/00981389.2025.2491337.